Rok XXXVII. Kraków 12. Lutego 1898. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O przeszczepianiu uszypułowanych płatów mięśniowych

podał

Prof. Rydygier

c. k. Radca dworu.

(Wedle wykładu wygłoszonego podczas XII międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Moskwie).

Panowie! W zwięzłych słowach pragnąłbym wyłożyć rzecz, mającą, jak mi się zdaje znaczenie zasadnicze.

Od dawna panujące przekonanie, że mięsień, owa tkanina tak subtelna i o tak zawiłej budowie, będąc uszkodzony, nie odradza się, lecz ulega zwyrodnieniu, a potem zbliznowaceniu, nie dopuszczało nawet postawienia pytania, czyby też nie udało się przeszczepić uszypułowany płat mięśniowy?[1]). Uczyniwszy sobie takie pytanie, rozwiązałem je twierdząco na drodze doświadczalnej, a teraz chciałbym wypowiedzieć, kilka słów o osiągniętych wynikach, ilustrując me słowa tymi dwoma leżącymi przedemną preparatami.

Psy, z których preparaty te pochodzą, operowałem w pierwszych dniach kwietnia 1897 r., przed wyjazdem moim z Krakowa.

Przedtem jeszcze kilkakrotnie powtarzałem ten zabieg operacyjny, o którym niżej, zawsze na psach i zawsze z wynikiem mniej lub więcej dodatnim. O tych badaniach miałem sposobność mówić w formie „tymczasowego doniesienia“ na posiedzeniu krakowskiego Towarzystwa lekarskiego dnia 7 kwietnia r. b.

Psy zostały zabite przed 14 dniami, więc około 4 miesięcy po operacyi, i preparaty, które nas w tej chwili zajmują, zostały wyjęte.

U psa pierwszego zastąpiłem wyciętą dolną połowę m. mostko-obojczyko-sutkowego, częścią obojczykową mięśnia piersiowego dużego. Widzicie tu Panowie bliznę, w której zrosły się mięśnie połączone, a w bliźnie pozostał jeszcze strzęp szwu. Płat mięśniowy przeszczepiony obwiązałem, wcale nie zaciskając, podwiązką jedwabną, by tem łacniej rozpoznać część przeszczepioną. Porównując tę część przeszczepioną z odpowiednią częścią mięśnia nieuszkodzonego po drugiej stronie, widzimy makroskopowo jedynie nieznaczną różnicę w grubości. — Odgadnie jednak każdy, że i tak sprawność mięśnia musiała być zupełnie prawidłową, gdyż utworzonym on został z dostatecznej ilości tkanki mięśniowej. W istocie nie widzieliśmy za życia zwierzęcia żadnej zmiany, ani w sposobie trzymania głowy, ani przy poruszaniu nią. Nie napotkaliśmy też zbyt wybitnych zmian drobnowidowych. Obficiej nieco rozwinięta tkanka łączna, miedzy wiązkami włókien mięśniowych, nie okazujących wcale wyraźnego zwyrodnienia wypełnia obraz drobnowidowy.

Ten drugi preparat pochodzi z psa, któremu wyciąłem m. goleniowy przedni *m. tibialis anticus* i prostownik palców *extensor digitorum;* poczem wykroiłem odpowiedni płat z m. prostego udowego (*m. rectus fombris*), odwróciłem go i wszyłem w miejsce tamtych, przyszywając go już-to do pozostałych ścięgien, już też do resztek mięśnia. Tu nastąpił wynik, stanowczo gorszy. — Tkanki łącznej między włókienkami, na skrawkach drobnowidowych, spotykamy o wiele więcej, niż w preparacie pierwszym. Mimo to, czynność odpowiedniej kończyny, za życia psa, była prawie fizyologiczną i mięsień stale odpowiadał skurczem, na podrażnienie prądem elektrycznym indukowanym, nawet jakiś czas po śmierci zwierzęcia, odpreparowany i drażniony bezpośrednio.

Na tych już dwóch preparatach widzieć możecie Panowie, że przeszczepienie mięśnia udaje się raz w większym, drugi raz w mniejszym stopniu. Jakaż tego przyczyna? O ile rzecz tę dotychczas poznać mi się udało, sądzę, że potrzeba pewnych, ściśle określonych warunków, aby zapewnić sobie wynik zupełnie dodatni. A te są:

1) Potrzeba przedewszystkiem osiągnąć pełną aseptykę.

2) Cięcie skórne powinno być tak poprowadzonem, aby nie leżało bezpośrednio ponad przeszczepionym płatem, lecz na boku, poza płatem. Przepis ważny, gdyż stara się zapobiedz zrośnięciu się blizny, ze świeżo przeszczepionym płatem, coby mogło dać powód, do wytworzenia się w nim tkanki bliznowatej.

3) Płat mięśniowy, który ma być przeszczepionym, powinien być jak najmniej uszkodzonym. Wybierać zatem należy do przeszczepienia te części mięśnia, które już prawidłowo od całego mięśnia odgraniczają się bardziej rozwiniętemi wiązkami tkanki łącznej, jak to ma miejsce n. p. gdy użyjemy części obojczykowej mięśnia piersiowego dużego do przeszczepienia jej w miejsce nieistniejącej połowy dolnej mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego.

4) Płat mięśniowy nie powinien być zanadto okręconym.

5) Szypuła płatu leżeć winna z tej strony, z której w mięsień wchodzą naczynia i nerwy, i powinna być wyciętą równolegle do ich przebiegu, gdyż tylko dzięki takiej ostrożności, zapewnimy wytworzonemu płatowi potrzebny dowóz soków odżywczych przez dostateczną ilość zachowanych naczyń. Te same przepisy podał już swego czasu Maas dla uszypułowanych płatów skórnych przy autoplastyce. Łatwo teraz pojąć, że przy niezachowywaniu tych przepisów możemy uszczuplić znacznie dowóz soków odżywczych do przeszczepionego płatu, co znów ze swej strony wywoła daleko idące, rozumie się, w kierunku ujemnym, zmiany w mięśniu. I właśnie niezachowanie tych przepisów u drugiego zwierzęcia, było powodem niezupełnego udania się doświadczenia: szypuła płatu z mięśnia prostego uda usadowioną była u dołu, tuż na ścięgnie, skąd wcale naczynia w mięsień nie wchodzą, a w dodatku szypuła ta okręconą była prawie o 180 stopni. W przyszłości szukałbym zastępcy dla mięśni podudzia w m. obszernym *vastus*, lub też w miarę warunków starałbym się zaradzić brakowi przez odpowiedni podział mięśni na samem podudziu.

6) W końcu pamiętać należy i o tem, aby w miarę możności zachować choćby i najcieńszą powłoczkę z tkanki

[1]) Wprawdzie Dauriac i Wołkowicz przesuwali już płaty mięsne, żeby wzmocnić ścianę brzuszną po laparotomii, ale więcej tu chodziło o mechaniczny skutek, niż fizyologiczną czynność mięśnia przeszczepionego, a nawet w pięknej pracy Wołkowicza nie znajdujemy dokładniejszego opisu zmian drobnowidowych w przeszczepionym mięśniu.

łącznej ponad płatem, który ma być przeszczepionym, a to w tym celu, aby jak najmniej maltretować samą tkankę mięśniową, a także i dla tego, aby zachować owe małe naczyńka odżywcze jakie w tej osłonce przebiegają.

Czy trzeba będzie sformułować jeszcze dalsze przepisy i jakie, — o tem pouczy nas dopiero doświadczenie w przyszłości.

Co do strony praktycznej tych doświadczeń, to sądzę, że takie przeszczepianie uszypułowanych płatów mięśniowych znaleźćby mogło miejsce, zwłaszcza w przypadkach daleko posuniętej szyi skośnej pochodzenia mięśniowego (*Caput obstipum musculare*). Mikulicz w tych przypadkach zaleca zupełne wycięcie dolnej połowy zbliznowaciałego mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, ale już Kader, w ostatniej swej pracy wspomina, że po takim zabiegu występuje znaczniejsze przypłaszczenie szyi po stronie chorej, sądzę, że mój sposób zapobiegłby temu zniekształceniu i pozwoliłby osięgnąć wynik czynnościowy lepszy i szybszy.

Przy porażeniach mięśni, gdzieby sposób przeszczepiania ścięgien, zalecany i wypróbowany przez Drobnika i innych, nie był możliwym do wykonania, możeby można sprowadzić poprawę w ruchach przez przeszczepienie odpowiednio dobranych uszypułowanych płatów mięśniowych. — Szczegółowe wskazania i stanowczy sąd wydać jednak będzie można po dłuższem doświadczeniu.

Kierowany najogólniejszą ideą przeszczepiania mięśni i przenoszenia ich czynności, rozpocząłem nowy szereg doświadczeń w innym kierunku. Chodzi mi mianowicie o to, czyby przez wykrojenie niezbyt szerokich pierścieni z całego obwodu jelita i nasunięcie kilku ich na siebie, nie udało się wytworzyć tą drogą dobrze funkcyonujący zwieracz? Doświadczenia, pomyślnie rozpoczęte, prowadzić będę dalej i nie omieszkam w swoim czasie zdać z nich sprawę.

II. Przyczynek do kazuistyki torbieli spojówki oka

podał

Dr. K. Rumszewicz (w Kijowie).

Do niedawna jeszcze bardzo niewiele wiedzieliśmy o torbielach spojówki. Wecker (Traité complet d'ophtalmologie T. I. p. 424) utrzymuje, że powstają one li tylko w obrębie spojówki gałkowej i odróżnia 3 kategorye: 1) utwory z treścią surowiczą, co najwyżej wielkości bobu. Przypominają one tak dalece wodunki, że częstokroć tylko zapomocą badania drobnowidowego możliwem staje się ich rozpoznanie. 2) Utwory, położone na samym brzegu rogówki, o grubszych ścianach, prawdopodobnie wrodzone. Niektórzy utrzymują, że pochodzenie swe zawdzięczać mogą również urazom. Wecker zaś przypuszcza, że w niektórych przypadkach mogły to być przetoki ślepe (fistules borgnes) rogówki. 3) Drobne, często w kształcie sznurków perełek ułożone utwory, przeźroczyste, pochodzące wskutek rozszerzenia naczyń chłonnych. Według Saemischa (Handb. d. gesammt. Augenheilk. T. III). Seitz spostrzegał torbiele skórzakowe pod spojówką, Bull zaś (Amer. Journ. of. med. Science January 1878) stwierdził dwa razy torbiele na mięsku łzowem. Uhthoff (Berl. klin. Wochenschr. 1879) dokładnie zbadał 3 przypadki torbieli spojówki gałki, wszystkie pochodzenia urazowego. W jednym torbiel (wielkości 3–4 mm.) powstał w 5 miesięcy po operacyi zeza. W drugim torbiel (wielkości 1 ctm.) powstał w 6 tygodni po uderzeniu oka kijem.

Przypadek ten jest ciekawy z tego względu, że w torbielu znaleziono 3 rzęsy, których obecności przypisać należy samo powstanie torbiela. Wreszcie w trzecim przypadku torbiel surowiczy powstał z rozszerzonego naczynia chłonnego, wskutek ukąszenia owadu. Takie pochodzenie torbieli stwierdzili również Sachs (Ueber die von den Lymphgefässen ausgehenden Neubildungen am Auge Inaug.-Dissert. Königsberg 1889) i Vossius (Ueber einen Fall von Cystenbildung in der Conjunctiva der oberen Augenlider, Bericht über die XXV Versammlung d. Ophthalm. Gesellsch. str. 183). W przypadku tego ostatniego torbiel zawierał nadto białą kruchą massę, której własności bliżej nie zbadano. Znane są dalej torbiele powstałe w skrzydlikach, które Fuchs (Ueber das Pterygium Arch f. Ophthalm. XXXVIII, 2, str. 31—6 spostrzeżeń), Schmidt-Rimpler — podręcznik — i Sachs (l. c.) wyprowadzali również z naczyń chłonnych. Pierwszy dodaje nadto, że torbiel w jednym tylko przypadku znajdował się w okolicy ciała skrzydlika, we wszystkich zaś innych w okolicy jego głowy. Ja w moim przypadku (Przegląd lek. 1887, Nr. 24), znalazłem w skrzydliku liczne torbiele, z których tylko mniejsze pochodzić mogły z naczyń chłonnych, środkowy zaś, o wiele większy, był wyścielony wielowarstwowym przybłonkiem i powstał oczywiście wskutek wgłobienia warstwy przybłonkowej, względnie zagłębienia jednego z uprzednio istniejących dołków przybłonkowych.

Lecz utwory torbielowe znajdowano nietylko w obrębie spojówki gałkowej; znacznie rzadziej, co prawda, napotykano je również w obrębie spojówki powiekowej i załamka przejściowego.

Na spojówce powiekowej, prócz oddawna znanych torbieli gruczołów Meibomiusza, znamy jeden tylko przypadek licznych utworów torbielowych, opisany przez Vossiusa (l. c. str. 185). U 21-letniego osobnika, na powierzchni wewnętrznej obu górnych powiek, o 3 mm. wyżej brzegu wolnego, znajdowały się 2 mm. wyniosłe, 1 ctm. długie i 5 mm. szerokie utwory (w prawem oku cokolwiek mniejsze), o powierzchni nierównej, barwy brudno-żółtawo-zielonej. Na prawej powiece, w pobliżu utworu, znajdowały się odosobnione okrągławe wyniosłości. Badanie drobnowidowe wykryło mniejsze i większe torbiele, rozmaitego kształtu, w części ze sobą połączone. Dochodziły one do samego przybłonka, lecz dostrzedz je można było również i pomiędzy zrazikami gruczołów Meibomiusza. Ściany ich wyścielał przybłonek dwuwarstwowy o wewnętrznej warstwie komórek walcowatych, z licznemi komórkami kielichowatemi. W wielu torbielach znajdowały się złogi, które oddziaływały zupełnie jak istota szklista. Niektóre większe torbiele były zapomocą wyrostków przybłonkowych połączone z przybłonkiem powierzchni spojówkowej. W częściach obwodowych utworów widoczne były zagłębienia przybłonków, z wysokiemi walcowatemi komórkami, które wyraźnie przeistaczały się w utwory torbielowe. Vossius utrzymuje, że utwory te, zupełnie przypominające gruczolaki torbielowe, powstawały wskutek zatrzymania wydzieliny (nadto późniejszego rozrostu) początkowych, do gruczołów podobnych, worków przybłonkowych, t. zw. gruczołów Henlego. Zupełnie osobną kategoryę stanowią torbiele wolnego brzegu powieki, nie dawno dokładnie zbadane przez Wintersteinera (Archiv. fur Augenheilk. XXXIII, Ergänzungsheft).

W okolicy załamków spojówki utwory torbielowe oddawna są znane, jakkolwiek w podręcznikach pomijano

je milczeniem. Tak Laqueur już w roku 1877 (Klinisches Monatsbl. für Augenheilk. str. 226), spostrzegał u 21-letniej dziewczyny, w dolnym załamku, torbiel podspojówkowy wielkości grochu, wysłany jednowarstwowym płaskim przybłonkiem. Makrocki (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1883, str. 466) u 12-letniego dziecka, w wewnętrznej połowie dolnego załamku, znalazł torbiel, prawdopodobnie pochodzenia urazowego, wysłany przybłonkiem jednowarstwowym, wyprowadza go od naczyń chłonnych. Moyne (Boll. d'oculistica VI, str. 178) w ciągu 26-letniej praktyki spostrzegał 5 przypadków torbieli podspojówkowych, które odróżnia od wodunek i rostrzeni naczyń chłonnych. W 2 przypadkach znajdowały się one pod spojówką gałki, w 3-cim — w dolnym załamku, rosły bardzo powolnie, najczęściej były wrodzone. Właściwe przyczyny powstawania nie są autorowi wiadome. Rampoldi i Fallaveri (Nagela Jahresb. 1888) spostrzegali u 16-miesięcznego dziecka torbiel w okolicy górnego załamku. Zawartość była surowiczą, ściana wysłana przybłonkiem wielowarstwowym. W przypadku Tschernikewa (Revue gén. d'ophtalm. 1888, str. 32) guz szypułkowaty znajdował się w dolnym prawym załamku.

De Vincentiis (Congr. delle associazione ottalmol. italiana 1888) pierwszy wypowiedział zdanie, że torbiele w obrębie załamka spojówkowego, mogą powstawać wskutek rozszerzenia pęcherzykowo-cewkowych gruczołów Krausego. Według niego mogą one być wrodzone, lub też powstawać w wieku dziecięcym, rzadziej w późniejszym. Poglądowi temu hołdowali wszyscy włoscy uczeni w swych opisach torbieli załamków. Moauro (An di ottalm. XVIII, str. 251) znalazł u 3-letniego dziecka torbiel, z rzadką brunatnej barwy treścią, który zajmował okolicę górnego i dolnego załamka. Przypadek ten nie był jednak operowany. Utwór podobny spostrzegał również M. w wewnętrznej części załamka górnego u 14-letniej dziewczyny, która poprzednio cierpiała na jaglicę. Ściana torbiela, pod 2-warstwowym przybłonkiem walcowatym, składała się z tkanki włóknistej, która zawierała gniazdo tkanki gruczołowatej, i jakoby odosobnione pęcherzyki gruczołów Krausego. W przypadku Antonellego (An. di ottalm. XIX, str. 467) powstał u 17-letniej dziewczyny, w środku górnego załamka, błękitnawo przeświecający torbiel, grubości 1 ctm., długości 3 ctm., który on tłómaczy rozszerzeniem gruczołów Krausego. Ściany torbiela wyścielał przybłonek 2-warstwowy, płaski lub sześcienny w warstwie obwodowej, w środkowej zaś walcowaty, z jądrami u podstaw. W tkance otaczającej znajdował się jeszcze nadto mały torbiel, którego ściany wyścielał płaski lub nieprawidłowy przybłonek. W torbielach i dokoła nich spostrzegano resztki dawnych ich wynaczynień. Wreszcie Rombolatti (Arch. f. Augenheilk. XXXI, str. 9) spostrzegał u 12-letniego dziecka torbiel z treścią surowiczą, który zajmował nie tylko cały dolny załamek przejściowy, lecz nadto dolny i boczne wycinki samej gałki, oddawna zresztą zanikłej. Uraz, jeśli miał miejsce, to w każdym razie przynajmniej na trzy lata przed powstaniem torbiela. Badanie drobnowidowe cieczy wykazało: białe kulki krwiste, mniej lub więcej zmienione, komórki śródbłonkowe i przybłonkowe. W wyciętej części ściany, na jej powierzchni, znaleziono wielowarstwowy przybłonek, a w nim komórki, uległe śluzowemu przeistoczeniu. W samej ścianie znaleziono prawidłowe dla spojówki nacieczenie pierwocinami limfoidalnemi. Bliżej powierzchni wewnętrznej nacieczenie było słabsze, włókna tkanki równolegle ku powierzchni ułożone. Wreszcie samą powierzchnię wyścielał przybłonek zwykle wielowarstwowy, na niektórych tylko częściach dwuwarstwowy; warstwę głębszą stanowiły walcowate, obwodową płaskie, o niewyraźnych jądrach komórki. Opierając się na budowie przybłonka, Rombolatti wyprowadza torbiele z pęcherzyków lub przewodów gruczołów Krausego.

Tyle włoscy uczeni. O ile poglądy ich były uzasadnione, wrócimy do tej sprawy nieco później. Stoewer (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1892, str. 192) spostrzegł u 16-letniej dziewczyny położone umiernie, w górnej części zewnętrznej połowy obu powiek przesuwalne, utwory, około 0,5 ctm. wielkie. Ściany stanowiła warstwa tkanki włóknistej o cienkich naczyniach, ku wewnątrz wyścielał je jednowarstwowy przybłonek. Obok torbiela, mianowicie w stronie spojówki, spostrzegał on kilka pęcherzyków gruczołowych, przedzielonych pasemkami tkanki łącznej. Otaczała je błona własna, komórki były długie, próżnia mała, jądro komórek znajdowało się u podstaw. Budowa taka, zarazem miejsce przez torbiele zajęte, nie pozostawiały żadnej wątpliwości co do powstania utworów z gruczołów Krausego.

De Beck (An. of. Ophthalmology and Otology 1896 October) spostrzegał w okolicy dolnego załamka dwa utwory torbielowe 1,5 i 1 ctm. wielkości. Treść ich była surowiczą, wyścielał je jednowarstwowy płaski przybłonek. Autor ten utrzymuje, że utwory wzmiankowane zawdzięczały swe powstanie zatrzymaniu cieczy w przestworach tkanki siatkowej. Stoewer w drugim swym przypadku (Klin. Monatsbl. für Augenheilk. 1897 Juli) u dziecka 5-letniego, cierpiącego na nieżyt spojówkowy, znalazł w środku lewego, dolnego załamka 2 okrągławe wyniosłości 3,5 i 2 mm. wielkości mające. Były to torbiele, wysłane płaskim przybłonkiem jednowarstwowym. Przyjmuje on je za torbiele, powstałe wskutek zadzierżenia; nie decydując się wytłómaczyć, zkąd pochodziły, przypuszcza wszakże, że z naczyń chłonnych. Ginsberg (Arch. f. Ophthalm. XL, 4) opisał dwa przypadki surowiczych torbieli przybłonkowych, podspojówkowych. W jednym, u 29-letniej kobiety, w załamku prawej dolnej powieki, tuż obok mięska łzowego, znajdował się torbiel wielkości i kształtu soczewicy. Wewnętrzną powierzchnię jego wyścielał przybłonek jednowarstwowy, którego komórki miały kształt w części sześcienny, w części walcowaty i tylko w częściach ukośnych był on 2-warstwowy. Prawdopodobnie torbiel łączył się ze spojówką zapomocą krętego przewodu. W tkance podspojówkowej, jakoteż wszędzie dokoła w ścianach torbiela, znalazł G. obfite nacieczenie drobnokomórkowe. W drugim przypadku, u 8-letniej dziewczyny znajdował się, w wewnętrznej połowie załamka dolnej powieki lewej, torbiel przeźroczysty, wielkości ziarnka pieprzu. Wyścielał go jednowarstwowy przybłonek płaski; w ścianie znajdowały się zbiorowiska komórek okrągłych. Po obu stronach torbiela istniały liczne stałe, lub mające w środku światło, zagłębienia przybłonka spojówkowego. Zagłębienia te, które często przeistaczały się w prawdziwe długie wory, były szczególniej rozwinięte w drugim przypadku; spostrzegał tu G., że wór taki dochodził głęboko do samej prawie ściany torbiela. Jednocześnie z powstawaniem w zagłębieniach światła, komórki warstwy wewnętrznej przybierały kształt walcowaty, z jądrami, położonemi u podstaw, komórki kielichowate rów-

nież były liczniejsze niż w stałych wyrostkach. Dokoła tych wyrostków, jakoteż dokoła naczyń i nerwów, znajdowały się zbiorowiska komórek okrągłych. Zdaniem Ginsberga torbiele w obu jego przypadkach powstawały wskutek rozrostu zagłębień przybłonka.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki ginekologiczno-położniczej Uniw. Jagiellońskiego prof. Dra Jordana.

O pierwotnym rozwoju raka wśród włókniakomięśniaków i o związku jaki zachodzi pomiędzy włókniakami a rakiem macicy.

Napisał
Dr. Ludwik Świtalski,
I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Badania więc wykazały niewątpliwie, że wśród utkania włókniaków mogą znajdować się komórki przybłonkowe, a więc komórki z którychby się mógł rozwinąć nowotwór przybłonkowy. Czy zaś to może się stać, o tem pouczyć mogą tylko spostrzeżenia kliniczne. Dotychczas opisane są dwa przypadki włókniaków, wśród których, niezależnie od błony śluzowej, rozwinął się rak pierwotny. Klob w roku 1864 opisał preparat anatomiczny, przedstawiający włókniaka wielkości główki dziecięcej, usadowionego w tylnej ścianie macicy, wśród którego rozwinął się rak rdzeniasty (Medullarkrebs), podczas gdy zresztą nigdzie w ustroju nie można było stwierdzić tego nowotworu i uważa ten przypadek za taki, w którym rak rozwinął się wśród samego utkania włókniaka.

Babesiu w roku 1882 ogłosił przypadek, odnoszący się do 45-letniej chorej, zmarłej w następstwie krwotoku. Sekcya wykazała w macicy trzy włókniaki śródmiąższowe i jeden podsurowiczy, wielkości pięści, ułożony w dnie macicy, więcej na prawo. W środku tego ostatniego guza znajdowało się ognisko miękkie, rdzeniastobiałe, mające około 3 ctm. średnicy. Badanie drobnowidowe tej części guza wykazało utkanie rakowe (carcinoma medullare cylindrocellulare). W tym więc przypadku był rak walcowato-komórkowy, który niewątpliwie rozwinął się z przybłonka walcowatego, znajdującego się wśród włókniaka.

Do tych dwóch muszę jeszcze zaliczyć przypadek Voigta (1890), w którym, wśród włókniaka podsurowiczego, wielkości jaja kurzego, znajdował się w środku torbiel, wypełniony w części płynem, w części polipem gruczolakowym. Tak polip jak i reszta ściany torbiela były wyścielone przybłonkiem walcowatym.

Przypadek ten najlepiej świadczy o tem, że przybłonek, wyścielający utwory gruczołowe, zdolny jest wśród pewnych warunków do dalszego bujania, a jakkolwiek badanie drobnowidowe, w przypadku tym, wykazało budowę gruczolakową, to przecież wiemy, że nie rzadko z gruczolaka rozwija się rak gruczołowy.

W włókniaku więc, zupełnie niezależnie od błony śluzowej, może przyjść do rozwoju raka; zdarza się to jednak tak rzadko, że ma więcej znaczenie teoretyczne. Wśród włókniaków, pokrytych błoną śluzową macicy, może się rak pierwotny rozwijać od obwodu, t. j. od błony śluzowej, pokrywającej te nowotwory, tak, że tu punkt wyjścia dla nowotworu stanowi przybłonek, wyścielający gruczoły, lub też błonę śluzową macicy.

Gusserow, zastanawiając się nad rozwojem raka wśród włókniaków, utrzymuje „so ist die Möglichkeit eines solchen Vorganges wo von der bedeckenden Schleimhaut die Carcinomentwickelung in die muskulösen Elemente übergreifen könnte nicht ganz zu leugnen bestimmte Beobachtungen wenigstens für eine primäre derartige Krebsentwickelung existiren darüber nicht“. Virchow podaje w r. 1863 „dass ihm kein einziger Fall bekant sei, in welchem eine primäre Krebsige Entartung an einem Fleischpolypen eingetraten wäre“, nie wyklucza jednak możliwości tego. A więc dawniej przypuszczano, że rak może się rozwinąć z błony śluzowej, pokrywającej włókniaka, nie poparto jednak tego twierdzenia odpowiedniem spostrzeganiem klinicznem. Teoretycznie kombinując, musi się przypuścić, że błona śluzowa, pokrywająca włókniak, może stać się punktem wyjścia dla raka; wiadomem jest przecież, że w największej liczbie przypadków, a według Rugego i Veita we wszystkich przypadkach rak trzonu macicy rozwija się z błony śluzowej, może się więc rozwinąć i z tej części, która pokrywa włókniak.

Dzisiaj znamy już kilka przypadków, które tę możliwość potwierdzają. Buhl[13]) w r. 1878 ogłosił dwa przypadki polipów włóknistych, wśród których przyszło do rozwoju raka (adenocarcinoma) z błony śluzowej. Ruge i Veit[14]) znaleźli nad ujściem wewnętrznem włókniak podśluzowy, wielkości wiśni, a w błonie śluzowej, pokrywającej go, znajdował się rak. Woreczki gruczołowe wrastały z błony śluzowej w utkanie włókniaka. Ehrendorffer opisał duży polip włóknisty, wychodzący z tylnej wargi, na powierzchni którego rozwinął się rak i rozrósł się na 2 ctm. w głąb polipa.

Do tych przypadków dołączam jeszcze jeden[15]), spostrzegany w tutejszej klinice przed $1^1/_2$ roku, a pod wielu względami ciekawy.

Dotyczy on chorej P. A., lat 60 liczącej, z Miechowa, która rodziła jedenaście razy; ostatni raz przed 16 laty. Porody i połogi były prawidłowe. Roniła raz. Przestała miesiączkować przed 10 laty. Obecna choroba miała się rozpocząć wystąpieniem obfitych, żółtych upławów przed 4 miesiącami. Od dwu miesięcy miewa dosyć obfite krwawienia i bóle ciągnące w krzyżach.

Badanie wykazuje: osoba dosyć dobrze zbudowana, miernie odżywiona. Płuca i serce prawidłowe. Pochwa prawidłowa, część pochwowa skrócona, ujście zewnętrzne rozszerzone na szerokość korony, zatkane dolnym odcinkiem guza, usadowionego w szyi macicznej. Guz ten, wielkości i kształtu dużego orzecha włoskiego, jest zbitości dosyć twardej, ma powierzchnię nierówną, brodawkowatą, daje się do około obejść palcem; w górze guz ten przechodzi w szypułę, której w całości jednak wybadać nie można. Trzon macicy nieco większy, ułożony w tyło zgięciu, ruchomy. Przy pomocy wziernika można stwierdzić, że utwór, znajdujący się w ujściu zewnętrznem, jest barwy ciemnoczerwonej, ma powierzchnię nierówną, miejscami pokrytą skrzepikami krwi. Badanie drobnowidowe kawałka wyciętego z guza, wykazuje utkanie rakowe.

Wobec tego rozpoznano „polip rakowy“ i dnia 18 marca 1896 r. wykonano całkowite wycięcie macicy przez pochwę, przy pomocy kleszczyków i żegadła Pacquelina (Thermocauterectomia). Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy.

---

[13]) Przytoczony przez Wagnera: *Fibromyoma et carcinoma corp. uteri.* Inaug. Dissert. 1886.

[14]) Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. VI S. 300.

[15]) Preparat przedstawiony na posiedzeniu Tow. gin. krak. d. 14 kwietnia 1896.

Wycięta macica jest nieco powiększona (rys. 1), ma ściany wyraźnie zgrubiałe. W rozszerzonej szyi znajduje się utwór kształtu okrą-



Rys. 1

gławego, o powierzchni nierównej, stojący w związku z macicą zapomocą szypuły około 1 ctm. długiej, grubości ołówka, która przyczepia się do tylnej ściany szyi od strony prawej, tuż przy ujściu wewnętrznem. Powierzchnia szypuły jest zupełnie gładka. Na przekroju (rys. 2), guz ma zabarwienie niejednostajne, a mianowicie przez środek przebiega ciemniejsza smuga, posiadająca liczne wypustki, zbiegające się ku szypule. Błona śluzowa macicy, tak trzonu jak i szyi, przedstawia się makroskopowo prawidłowo. Badanie drobnowidowe wykazuje, że utkanie guza jest niejednolite, w jasno-zabarwionej jego części widzi się tylko utkanie rakowe, w części zaś ciemniej zabarwionej można wykazać włókna mięsne, a wśród nich ogniska rakowe (rys. 3) mniej lub więcej liczne, zależnie od tego, czy badamy



Rys. 2



Rys. 3.

część skrajną, czy też środkową tej tkanki ciemnozabarwionej. Im bliżej środka, tem mniej jest ognisk rakowych. Na powierzchni guza nie ma nigdzie ani śladu błony śluzowej.

Rak składa się z dużych komórek przybłonkowych, płaskich, wielokształtnych, o dużem wyraźnem jądrze, ogniskowo ułożonych (carcinoma alveolare). Ani woreczków gruczołowych, ani przybłonka walcowatego nigdzie się nie spotyka.

W szypule, przedstawiającej utkanie włókniakomięśniakowe, nie spotyka się nigdzie komórek rakowych. Szypuła jest pokryta błoną śluzową, przedstawiającą nieznaczne przewłoczne zmiany zapalne.

Błona śluzowa, tak trzonu jak i szyi macicy, jest prawidłowej grubości, wyścielona wszędzie przybłonkiem walcowatym, i prócz rozszerzenia torbielowatego niewielu gruczołów, nie okazuje żadnych wybitniejszych zmian.

Wśród całej zresztą macicy, pomimo że robiono preparaty drobnowidowe z kilkunastu miejsc, nie znaleziono nigdzie ognisk nowotworowych.

Przypadek ten jest najpierw ciekawy dlatego, że rak rozwinął się wśród polipa włóknistego, że jest do niego ściśle ograniczony, gdyż tak szypuła, jak i utkanie macicy są zupełnie wolne, a powtóre, że mamy tu okazową postać raka przybłonka płaskiego (Plattenepithelcarcinoma), która wśród błony śluzowej macicy nie często się spotyka.

Najczęstszą postacią raka, rozwijającego się wśród błony śluzowej macicy, jest rak gruczołowy (adeno-carcinoma) i rak walcowato-komórkowy (carc. cylindrocellulare) i tylko na części pochwowej rozwija się przeważnie rak przybłonka płaskiego (Epithelioma).

W przypadku naszym, pomimo że zrobiono bardzo wiele preparatów z rozmaitych części guza, nie znaleziono nigdzie ani woreczków gruczołowych, ani przybłonka walcowatego.

Wobec zaś tego, że rak tu nie bardzo dawno się rozwinął, za czem przemawia to, że nie zajął jeszcze całego polipa i nie rozszerzył się na macicę, ani nawet na szypułę, należy przypuścić, że rak rozwijał się tutaj od samego początku jako rak przybłonka płaskiego, a więc, że przybłonek walcowaty, który wyścielał błonę śluzową polipa, musiał zamienić się na przybłonek płaski i ten dopiero stał się punktem wyjścia dla raka.

Że w pewnych warunkach przybłonek walcowaty, wyścielający błonę śluzową macicy, jakoteż błonę śluzową pokrywającą utwory polipowate, może zamienić się w przybłonek płaski, jest rzeczą na pewne stwierdzoną (Zeller, Gebhard, Flaischlen, Küstner, Billroth). Przyczyny tej metaplazyi przybłonka mogą być rozmaite, jak zapalenie przewłoczne błony śluzowej (Klob, Zeller, Fritsch, Piering), zapalenie rzeżączkowe (Wertheim), wpływy mechaniczne przy polipach (Billroth, Küstner, Fritsch), wreszcie wsteczne przeobrażenie starcze (Fritsch).

Hansemann [15]) pisze, że jeżeli z pewnego rodzaju komórek wytwarza się miąższ nowotworu złośliwego, to może się to odbywać w dwojaki sposób: albo że te komórki, jako takie, rozrastają się dalej, wchodząc w skład nowotworu (directe Genese), albo też ulegają przemianie (metaplasia), zamieniając się w komórki takie, jakie spotykamy w nowotworze. I tak z przybłonka walcowatego może się rozwinąć rak przybłonka walcowatego, albo też przybłonek walcowaty zamienia się w płaski i ten dopiero rozrasta się w rakowca (cancroid).

---

[15]) Die mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste 1897.

Przypadki, w których w trzonie macicy przyszło do pierwotnego rozwoju raka przybłonka płaskiego, opisali Piering [16]), Gebhard [17], Löhlein [18]) i Flaischlen.

(Dokończenie nastąpi).

Drowie: Krokiewicz i Batko przysłali nam następujące wyjaśnienie, dotyczące ich rozprawy, ogłoszonej w Nr. 6. „Przegl. lekar.“ p. t. „Nowy odczynnik na barwiki żółciowe w moczu“.

Wkrótce po ukończeniu naszej pracy i oddaniu jej do druku, zwrócono nam uwagę, że w podręczniku „Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harns von Neubauer u. Vogel, bearbeitet v. Huppert. Wiesbaden 1890“, znajduje się na stronicy 324 następująca wzmianka: „Mittelst der Diazobensolsulfosäure kann man Gallenfarbstoff (Bilirubin) nach Ehrlich in der Weise auffinden, dass man den Harn erst mit 1 Vol. 30 proc. Essigsäure und darauf tropfenweise mit der 0.1 proc. Säurelösung versetzt. Bei Gegenwart von Bilirubin tritt eine Verdunkelung auf, und auf Zusatz von viel Eisessig, oder beim Kochen, eine Violetfärbung. Das Reagens kann man sich in der Weise bereiten, dass man 1 gm. Sulfanilsäure in wässeriger Lösung mit 15 cc. Salzsäure und 0.1 gm. Natriumnitrit versetzt und die Lösung auf 1. l. verdünnt.

Wobec tego, metody przez nas podane, należy nam uważać tylko za modyfikacyą reakcyi Ehrlicha z kwasem diazobensolsiarkowym na barwiki żółciowe w moczu, niezależnie wykryte i w każdym razie znacznie różniące się, co do wykonania, od pierwotnej metody Ehrlicha, a nieporównanie czulsze: z tego powodu zmieniamy odpowiednio pierwotny tytuł naszej pracy na:

Bardzo czuły odczyn na barwiki żółciowe w moczu, polegający na zmodyfikowanej metodzie Ehrlicha z kwasem diazobensolsiarkowym.

Dr. Krokiewicz Antoni. *Dr. Batko Józef.*

IV. Oceny i sprawozdania.

Uwagi nad artykułem Dr. Norberta Gertlera p. t. „Przyczynek do chorób zapalnych pępka u noworodków, zamieszczonym w Nr. 51. „Przegl. lekarskiego“.

W pracy Dr. Gertlera jest kilka twierdzeń zagadkowych, wymagających wyjaśnienia ze strony autora, a mianowicie:

1) Na jakiej podstawie z obrazu bakteryologicznego, odnoszącego się do okolicy pępkowej, rozpoznaje błonicę rany prącia po obrzezaniu rytualnem i to z taką stanowczością?

2) Jaki mógł być powód sięgającego aż do spojenia łonowego nacieku w skórze i tkance podskórnej okolicy pępkowej, jako też wydzielania się treści ropiastej z pępka, za naciśnieniem na dolną część naciekłej skóry, skoro badanie bakteryologiczne wykryło tylko czystą kulturę prątka Löfflerowskiego, bez współobecności wszelkich innych bakteryj, mogących wyjaśnić opisany obraz chorobowy; słowem, co tu właściwie wywołało ropienie?

Trzy tygodniowe trwanie choroby, leczenie jej okładami z płynu Bourrowa i środkami przeciwgnilnymi i t. d. zostawiały aż nadto czasu na zebranie wywiadów o tyle dokładnych, ażeby czytelnik napewne mógł wiedzieć, czy dziecko było karmione sztucznie, czy też piersią matki, względnie mamki, a tem samem aby mógł wyrobić sobie zdanie, czy twierdzenia Briegera, Ehrlicha i Epsteina w tym przypadku, są słuszne lub nie.

Praca Dr. Gertlera, pomimo pozorów pracy klinicznej, nosi na sobie cechę roboty teoretycznej, nie tłómaczy objawów spostrzeganych, a wielce zaciekawia tem, że stanowi unikat w literaturze.

Dr. Bolesław Komorowski.

Na powyższe uwagi kol. Dr. Gertler nadesłał następującą odpowiedź:

Na prąciu dziecka był tak typowy obraz, że już z samego wejrzenia można było rozpoznać błonicę; badanie bakteryologiczne głównie przedsięwziąłem w tym celu, aby się przekonać, czy obok błonicy prącia nie mam do czynienia z innem cierpieniem w okolicy pępkowej; a że w przypadku opisanym niewątpliwie była błonica na prąciu, to potwierdził to jeszcze dalszy przebieg, gdyż podobnie jak przy błonicy na migdałkach, po zastrzyknięciu surowicy, zwinął się nalot od brzegów i zupełnie się oddzielił.

2) Co do uwagi drugiej, to przecież nie twierdziłem, że treść, wydobywająca się z pępka była r o p n ą; owszem, wyraźnie napisałem, że była r o p i a s t ą t. j. do ropy podobną. Różnica, jaka zachodzi w znaczeniu wyrazów r o p n y a r o p i a s t y obala insynuacyę, zawartą w tej 2-giej uwadze Dra Komorowskiego.

Jeśli świnkom morskim zastrzykujemy toksyny, lub prątki błonicze — pod skórę, powstaje, tak w niej, jak i w tkance podskórnej, rozległy naciek, a później nawet miejscowe obumarcie; przy silniejszym ucisku na tak schorzałe miejsca występuje ciecz podobna do ropy, co już kilkakrotnie, doświadczalnie i sam stwierdziłem. Dla tego taki naciek w skórze i tkance podskórnej, wobec błonicy pępka, nikogo zadziwiać nie powinien.

3) Co do uwagi trzeciej, to uważniejsze przeczytanie mego artykułu byłoby przekonało kol. Komorowskiego, że nie leczyłem dziecka przez trzy tygodnie, lecz tylko przez 5 dni; twierdziłem bowiem tylko, że ono chorowało, przed mojem przybyciem, przez 3 tygodnie, tudzież, że mimo najdokładniejszych wywiadów, nie mogłem się dowiedzieć, zkąd wzięła początek błonica u tego dziecka.

Czy dziecko karmiono sztucznie, czy piersią matki, lub mamki, w naszym przypadku jest rzeczą obojętną, bo, według Briegera i Ehrlicha, a nawet Epsteina, dziecko nabywa odporności przez krew matki; a że nie nabywa tej odporności przez pokarm matki lub mamki, również stwierdził doświadczeniami sam Epstein.

A jeśliby komu na tem zależało, to uzupełniam moją rozprawę wyjaśnieniem, że z początku karmiono dziecko sztucznie, zanim nie dobrano mamki, którą już w czasie choroby dziecka zmieniono.

W końcu muszę nadmienić, że wcale nie miałem zamiaru pozować na klinicystę. Jedynie dlatego, że przypadek, który mi się nadarzył, jest r z e c z y w i ś c i e u n i k a t e m w literaturze, nie omieszkałem go ogłosić drukiem.

Dr. Norbert Gertler.

V. W y c i ą g i.

D a r i e r (Paryż): **Przemieszczenie mięśnia, czyli autoplastyka, nowy sposób operacyjny przeciw zupełnemu opadnięciu powiek.** *(D. Ophth. klinik.* Nr. 2, 1897). Sposób operacyjny winien być zastosowanym do stopnia opadnięcia powieki. Lekkie niezupełne porażenie, albo niedowład m. unoszącego powiekę, wymaga tylko wycięcia skrawka skóry, a względnie paska mięśnia okrężnego powieki, sposobem Graefego.

---

[16]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIV S. 1.
[17]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXII S. 347.
[18]) Gynäkologische Tagesfragen 1893 S. 173.

W silniejszych atoli stopniach, gdy powieka opadnięta z trudnością daje się unieść, przyszycie ścięgna mięśnia unoszącego powiekę sposobem Eversbuscha, mianowicie w połączeniu z operacyą Gilet de Grandmonta (wycięcie paska chrząstki), dobre daje wyniki.

Tam zaś, gdzie jest albo zupełne porażenie m. unosz. pow., albo nawet brak wrodzony lub niedorozwój jego, powyżej przytoczone sposoby nie dają zadawalniającego wyniku. Pagenstecher, a później Dransart, starali się przez szwy podskórne wytworzyć blizny, któreby działanie mięśnia czołowego przeniosły i na powiekę. Do tego samego celu zdąża Panas, który przesuwa skórny płat mostkowy aż do m. czołowego, by tą drogą przenieść na powiekę działanie tego mięśnia. Gdy poprzednie zabiegi mało odpowiadają chirurgicznym wymaganiom, operacya Panasa, dość trudna do wykonania, pozostawia znaczne po sobie ślady.

W tymże celu Darier przemieszcza paski mięśnia okrężnego powiek w następujący sposób: po kokainowaniu podskórnem wycina owalny pasek skóry ponad wolnym brzegiem g. powieki. Następnie tworzy dwa nad sobą leżące paski mięśnia okrężnego powiek i to tak, iż górny pasek pozostaje na zewnątrz złączony z mięśniem, dolny zaś na zewnątrz, a podminowawszy skórę powiekową aż do drugiego cięcia skórnego 2 ctm. długiego, jakie wykonuje pod samym łukiem brwiowym, przyszywa tam wolne końce pasków mięśniowych do górnego, wzgl. dolnego, brzegu ranki skóry, dokąd je zapomocą szczypczyków podskórnie podprowadził. Teraz dopiero paski mięśniowe od podstawy odcina i przymocowywa pionowo, a zarazem zamyka ranki skórne kilku szwami.

Myśl dobra, lecz dopiero dalsze doświadczenie pokaże, o ile operacya ta więcej od innych ma wartości; bo jeden jedyny, przez autora operowany przypadek, niczego nie dowodzi wobec tego, że i inne sposoby a mianowicie operacya Weckera, także doskonałe dają wyniki, nawet w najwyższych stopniach wrodzonego opadania powiek. *(Przyp. sprawozdawcy).* *Bol. Wicherkiewicz.*

Dr. Monti Borhardt: **Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego.** *(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie,* II Band, III i IV Heft 1897). Zasady, jakiemi się kierowano w leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego w tych przypadkach, które służyły za materyał do niniejszej pracy są następujące:

I) Zapalenie wyrostka robaczkowego wymaga wtedy leczenia chirurgicznego, gdy się stwierdzi obecność ropnia.

II) Otwieranie otorbionych ropni, umiejscowionych w okolicy jelita ślepego, nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa w razie, jeśli niema jakichś ciężkich powikłań.

III) Przy konieczności rozstrzygania o istnieniu ropnia można zupełnie bezkarnie wykonywać nakłócie próbne.

IV) Pierwsza operacya ma zmierzać według autora, jedynie do wypuszczenia ropy i zabezpieczenia jej odpływu przez odpowiednią tamponadę i osączkowanie.

V) Gdy poprzednie postępowanie nie doprowadziło do zupełnego wyleczenia, lecz pozostawiło po sobie przetoki, lub też nie zapobiegło nawrotom sprawy chorobowej, należy przystąpić do zupełnego usunięcia wyrostka robaczkowego, ale to już w tym czasie, gdy sprawa przybrała cechę przewlokłą.

Klinicznie dzieli autor zapalenie wyrostka robaczkowego na ostre i przewlekłe, anatomicznie na: 1) *endoappendicitis catarrhalis,* 2) *endoappendicitis haemorrhagica,* 3) *endoappendicitis purulenta,* 4) *endoappendicitis ulcerosa* i 5) *endoappendicitis perforativa.*

Co się tyczy etyologii tej choroby, to autor powraca do poglądów dawniejszych, wliczając do liczby czynników etyologicznych pierwotne zapalenie jelita ślepego i tworzenie się w wyrostku robaczkowym kamieni kałowych.

Technika operacyjna, opisana przez autora, w niczem się nie różni od ogólnie stósowanej. *Dr.*

H. Neumayer (Monachium): **O ortoformie** *(Münch. med. Woch.* 1897 Nr. 44). Ortoform metylowy ester kwasu p.amido-m.wodorotleno-lędźwinowego, jest lekiem znieczulającym miejscowo. Działa tylko na obnażone zakończenia nerwowe, nie upośledzając zmysłu czucia, ciepła i smaku. Stosować go należy z reguły jako nierozpuszczalną zasadę, gdyż rozczyny soli jego z kwasem solnym mają silnie kwaśne oddziaływanie i drażnią rany i wrażliwsze błony śluzowe. Chlorek w rozczynie stosujemy tylko wtedy, gdy nie mamy pewności, że czysty ortoform w proszku pozostanie dłużej na miejscu.

Przy wrzodach gruźliczych krtani zadmuchiwany w ilości *0.2* (chlorku, lub zasady) usuwał stale bóle na 10—20 godzin (niekiedy jednak tylko na 2—5 godzin) i umożliwiał przyjmowanie pokarmów. Podobnie był on skutecznym przy owrzodzeniach rakowych, wrzodach urazowych, i kłykcinach języka jak i przy zgorzelinie ust (stomacace), ale bez wpływu przy zapaleniach gardła, lub bólu zębów. (Por. ref. w N. 43 Przegl. lek.). *L.*

M. Eberson (Tarnów): **O wartości leczniczej tannoformu.** *(Aerzt. Centr. Anzeiger.* 1897. N. 26. Separatab.). — Tannoform, dwugarbnikometylen, wzoru $CH_2\langle^{C_{14}H_9O_9}_{C_{14}H_9O_9}$ jest przetworem kondensacyjnym aldehydu mrówczanego (formaliny) i kw. garbnikowego. Jestto proszek biały, lekki, smaku mdłego, rozpuszcza się w płynach zasadowych, a rozczyny mają barwę żółtawą, do brunatnej; w wodzie i rozczynach kwaśnych jest nierozpuszczalny. Wobec tego nie drażni on, ani nie nadżera jamy ustnej, a przedewszystkiem nie obciąża żołądka przy podawaniu wewnętrznem. Działanie jego rozpoczyna się w jelitach, a tu, jak już składniki, z których powstał, pozwalają się spodziewać, rozwija on wybitne własności ściągające i przeciwgnilne. To też, według doświadczeń autora, działa on wybornie w biegunkach, tak u osób dorosłych, jak i u dzieci. Trzeba jednak przed jego podaniem zastósować środek przeczyszczający, a po podaniu czuwać nad chorym, gdyż łatwo pojawić się może zaparcie stolca. Początkową więc dawkę 0,25—0,50 cztery razy dziennie, zmniejsza się według potrzeby aż do 0,25 raz na dzień. Nie potrzeba go łączyć ze środkami przeciwgnilnymi, salolem, lub rezorcyną, jak to zwykliśmy czynić przy podawaniu tannigenu, lub tanalbiny.

Przy zastósowaniu zewnętrznem, jako $33^1/_3\%$ zasypka tannoformowa (z *talc. venetum*) i 10% maść (z *vasel. flav.* i *lanolin. āā*) okazał się środkiem wybornym przy wypryskach ostrych i przewlekłych, wyprzaniu (intertrigo), poceniu się nóg i rąk, wrzodach goleniowych, wreszcie w postaci 10% mydła przy woszczynach (favus) na głowie (strupy należy przedtem usunąć, włosy wyrywać, mydliny po natarciu pozostawić na parę godzin, następnie omyć ciepłą wodą, a zabieg ten powtarzać codziennie). *Lewkowicz.*

Klaussner (Monachium): **O ortoformie** *(Münch. med. Woch.* 1897. Nr. 46). Autor sądzi, że ortoform zajmie poważne miejsce w chirurgicznym skarbcu leczniczym, a wartość jego polega na dwóch własnościach, mianowicie, że się podobnie jak jodoform rozpuszcza tylko powoli i w małej ilości, i że jest zupełnie nietrującym.

Znieczulenie występuje w 3—5 minut po zastósowaniu środka (proszek, lub 10—20% maść) i trwa około 30 godzin, niekiedy nawet 3—4 dni. Tylko w jednym przypadku, w którym obfita wydzielina zmywała proszek, skutek trwał dwie godziny. Przy zastósowaniu można także zauważyć ograniczenie wydzieliny i ropienia. Że nie jest trującym, świadczy przypadek raka, przy którym stosowano około *60 grm.* tygodniowo bez złych skutków. *Lewkowicz.*

Dr. Wohlgemuth: **O objawach i leczeniu wypadnięcia cewki moczowej u kobiet.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 45, r. 1897). U pięcioletniej dziewczynki, u której wypadnięta ściana cewki moczowej tworzyła przy ujściu cewki guzek wielkości wiśni, sino zabarwiony, przy dotyku bardzo bolesny, usunął autor cierpienie za pomocą żegadła Paquelina, a to w sposób następujący: Po uśpieniu chorej i starannem oczyszczeniu okolicy guzka, wprowadził do cewki zgłębnik rowkowany i pod jego ochroną wykonał,

przez całą grubość obrzękłej błony śluzowej, sześć rozchodzących się promienisto przypaleń wązkiem żegadłem Paquelina. Przed zabiegiem jak również i po nim, stosował okłady z octanu ołowiowego. Po 14 dniach guzek zmniejszył się o połowę, zaś po powtórnem przypaleniu, znikł zupełnie.

Autor zebrał 130 przypadków wypadania cewki moczowej u kobiet, z których 66% przypadków przypada na dzieci i wykazuje, że cierpienie to nie jest tak bardzo rzadkiem jak dotąd utrzymywano. Cierpienie rozwija się, zdaniem autora, najczęściej powolnie u osób niedokrewnych, zołzowatych, u których tkanki są mało sprężyste, jeżeli równocześnie, skutkiem innych przyczyn, n. p. kaszlu i t. p. ciśnienie w jamie brzusznej jest powiększone. W celu leczenia poleca autor w najlżejszych przypadkach odprowadzenie wypadniętej cewki, w cięższych, stosowanie żegadła Paquelina, w sposób powyżej opisany. *Piotrowski.*

Dr. Holländer: **O przypalaniu gorącem powietrzem szczególnie w liszaju żrącym.** *(Deutsche med. Wochenschrift* 1897, Nr. 43). Autor zaleca, zwłaszcza w przypadku liszaja żrącego, użycie gorącego powietrza, otrzymanego w ten sposób, że balonikiem podwójnym przepędza je przez rurkę metalową, rozpaloną do czerwoności. Powietrze takie posiada ciepłotę 300° C. i ma tę wyższość nad żegadłem Paquelina, że można dokładnie działanie gorąca dawkować. Tym sposobem osiągnąć można zupełne, lub też tylko względne, zwęglenie skóry. W ostatnim przypadku skóra staje się, zupełnie bladą i nabiera wejrzenia suchej, nie traci jednak w tym okresie swej żywotności i po pewnym czasie wraca do stanu pierwotnego. Ten stopień przypalenia wystarcza do zniszczenia wszystkich chorobowych ognisk. Operacyi tej dokonuje H. w uśpieniu (po przebudzeniu się bólów nie ma); opatrunek z maści borowej. *Herman.*

Prof. Dr. Herman Pagenstecher: **O zastosowaniu dużych dawek jodu w okulistyce.** *(Klin. Monatsblt. f. Augenheilkunde,* Grudzień, 1897). Wiadomo, że jod może być podawanym w większych dawkach, niż przepisuje farmakologia; a nawet tam, gdzie małe dawki wywołują objawy zatrucia, większe nieraz bywają dobrze znoszone i to przez dłuższy czas. Do dawek większych autor zalicza 5—25 grm. dziennie. P. podawał jod w przypadku guza oczodołowego, który wzrósł w przeciągu 6-ciu tygodni, silnie wysadzał gałkę (na szerokość dwóch palców) i unieruchomiał ją. Chory ten cierpiał, obok tego, od 8-miu lat, na osutkę skórną, wedle specyalistów różnie rozpoznawaną, która po energicznych wcierkach nie zmieniała się. Chory ten przechodził wrzód na członku, jednak bez osutki 2-gorzędnej. Mimo szybkiego wzrostu guza, P. skłaniał się do rozpoznania mięsaka oczodołu, znalazłszy jednak 2 guzki podskórne wielkości bobu, spróbował dużych dawek jodu. Zaczął od 3-ch łyżek dziennie roztworu *Kali jodati 25:200*, zwiększając dawkę do 5-ciu łyżek. Już po 4-ch dniach gałka okazywała ślad ruchomości, poczem chory zażywał 7—8 grm. *Natri jodati.* Po 5-ciu tygodniach guz zupełnie znikł, a gałka zachowywała się prawidłowo. Po dwóch latach P. miał sposobność widzieć chorego z okiem zupełnie prawidłowem. Obok tego stosował P. duże dawki jodu w *episcleritis, resp. scleritis,* w 15-tu przypadkach, z dobrym skutkiem. Radzi mianowicie środka tego używać tam, gdzie inne, jak *Natrium Salicyl.*, Chinina, wcierki etc. zawodzą, gdzie występują wybitne guzy w twardówce z następowemi zmianami rogówki i tęczówki i gdzie jest skłonność do nawrotów. Przy niedomodze i porażeniu mięśni ocznych miał autor również dobre wyniki, choć nie tak pewne, jak przy *scleritis i episcleritis.* Że duże dawki mogą być dłuższy czas dobrze znoszone, podaje autor za przykład chorą, która z własnej woli z obawy przed nawrotem choroby, zażywała po 8 grm. *Kali jod.* dziennie przez 5 miesięcy, czując się przytem zupełnie dobrze. Największa dawka, jaką stosował, była 25,0 *Natr. jod.* dziennie, przez 3 tygodnie, bez najmniejszych zaburzeń. Naturalnie jod winien być podawanym zawsze bezpośrednio po jedzeniu. *Dr. A. Bednarski.*

Prof. Dr. J. Jonnesco: **O wycinaniu śledziony.** *(Archiv. Langenbecka* T. 55, Z. II.) Wychodząc z zasady, (wyznawanej przez autora), że wycięcie śledziony wskazanem jest w takich przypadkach zimniczego przerostu tego narządu, w których leczenie wewnętrzne pozostaje bez wpływu na przebieg choroby, a dokuczliwe bóle, głównie zaś rozpoczynająca się chera, zagrażają życiu chorego, wykonał autor w 7 odpowiednich przypadkach tę operacyę. Z operowanych tym sposobem 1 umarł z powodu zapalenia otrzewnej, reszta chorych wyzdrowiała i autor mógł u każdego stwierdzić znaczną poprawę w składzie krwi, po przemijającej leukocytozie. Jakichkolwiek zaburzeń chorobowych, po tej operacyi nie zauważył. Te korzystne stosunki zachęcają J. do określenia wskazania, aby splenektomię wykonywać w przypadkach „przerostu śledziony bez ważniejszych objawów miejscowych, jako rękoczyn, zapobiegający ogólnemu zakażeniu zimniczemu z grożącą cherą“.

Ósmą z rzędu splenektomię wykonał autor u 24-letniego chorego, z powodu zajmującego śledzionę torbiela, o ścianach miejscami zwapniałych i wypełnionego dwoma litrami ropy. Chory wyzdrowiał. Stosunek ciałek krwi 1 (białe):509 (czerw.), zmienił się po operacyi 1 : 167. *Herman.*

Dr. Oscar Wolf: **Wskazania do resekcyi stawów gruźliczych.** *(D. Z. f. Ch.* T. 45). Zestawiając wyniki z kliniki Bardenheuera, autor doradza, aby resekcye stawu przy gruźlicy wykonywać wcześnie; by do otwarcia stawów używać cięć szerokich, do czego nadają się dobrze poprzeczne cięcia Bardenheuera; gdzie to możliwe resekować należy zewnątrz torebek, by uniknąć zakażenia rany i stworzyć warunki do rychłozrostu, wreszcie resekować bez względu na przyczepy mięśni, a po resekcyi połączyć kości gwoździami i szwem kostnym. *St. D.*

Dr. Paul Kuźnik: **Porównanie wartości szwów jelitowych.** *(D. Z. f. Ch.* T. 45). Autor próbował rozmaitych szwów jelitowych na psach i, na podstawie tych doświadczeń, poleca przy połączeniach wprost szew Mannsell-Ulmanne, przy połączeniach bocznych szew Jenna lub Barącza, jakoteż szew z pomocą guzika Murphyego z dodaniem szwu Lamberta; guzika nie należy używać przy gastroenterostomii. W tej pracy występuje K. przeciw wykluczaniu pętli bez pozostawienia przetoki. *St. D.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie administracyjne dnia 29 Listopada 1897 roku
Przewodniczący kol. Wiczkowski.

Po przemówieniu kol. przewodniczącego i po odczytaniu sprawozdań rocznych sekretarza, bibliotekarza i gospodarza, odbyły się wybory wydziału na rok 1898. Wybrano: prezesem kol. Macheka, wiceprezesem kol. Gluzińskiego Antoniego, sekretarzem kol. Hojnackiego, gospodarzem kol. Stachiewicza (ponow.), członkami biura koll.: Papée'go i Szulisławskiego (obydwa ponownie); bibliotekarzem kol. Dębickiego (ponownie); delegatami na walne zgromadzenie Tow. lek. gal. koll.: Becka, Feuersteina, Kowalskiego, Opolskiego i Wiczkowskiego, zastępcami delegatów koll.: Barącza, Trzcienieckiego i Wehra

Sekretarz: *Dr. Feuerstein.*

Towarzystwo psychiatrów i neurologów w Wiedniu.

Posiedzenie z d. 18 stycznia 1898 r.
Przewodniczący Prof. Krafft-Ebing.

1) Dr. Infeld przedstawił 49cio-letnią chorą, dotkniętą wiądem rdzenia pacierzowego z brakiem czucia, ograniczonym ściśle do środka twarzy. Chora miała, oprócz zwykłych objawów wiądu, porażenie le-

wego nerwu języko-ruchowego, bolesność na ucisk wielu mięśni kończyn, zajęcie wiądowe obu stawów szczękowych, z łatwo wyczuwalnem tarciem wśródstawowem i znaczne powiększenie główek kości szczękowych. Po wewnętrznej stronie ramion rozpościerał się brak czucia na większej przestrzeni; oprócz tego zjawisko to znajdowało się na środku czoła i w obrębie nosa. Na zakończenie Dr. Infeld porównał przypadek przedstawiony, z przypadkami Laehra, zaznaczył rzadkość i omówił trudności rozpoznawcze.

2) Dr. Sölder przedstawił 40sto-letnią chorą, dotkniętą tętniakiem tętnic podstawowych mózgu. Oprócz blednicy i zapalenia obu stawów kolanowych, nie przechodziła ona żadnych chorób. Od 16-stu lat zamężna. W roku 1891 chora ta czuła się osłabioną w ciągu kilku tygodni, poczem „podczas nocy“ miało wystąpić lewostronne porażenie twarzy, gęganie, utrudnienie połykania, szum w uchu lewem, który też i potem nie ustąpił, wreszcie pogorszenie słuchu. Od roku 1894 pogorszenie wzroku, z początku oka prawego, a potem i lewego. Chora zauważyła, że okiem lewem najlepiej widzi przedmioty, położone na zewnątrz punktu naośnie widzianego. Ból głowy, dawniej często występujący i to silniej po stronie lewej, znikł ostatnimi czasy zupełnie.

Unerwienie lewej połowy twarzy znacznie gorsze, aniżeli prawej. Szpara powiekowa lewa nieco szersza, niż prawa. Język przy wyciąganiu zbacza na prawo. Oddziaływanie źrenic i ruchy gałek ocznych prawidłowe. Bystrość wzroku obniżona; nosowe połowy pola widzenia jeszcze bardziej ucierpiały, gdyż tu pozostało zaledwo poczucie światła (Hemianopsia binasalis). Silny światłowstręt. Wziernik wykazuje tarczę zastoinową nerwu wzrokowego w przejściu do zaniku. Badanie słuchu wykazuje: dal słuchowa ucha prawego wynosi 80/200; w dolnym odcinku błony bębenkowej blizna. Błona bębenkowa ucha lewego prawie normalna, zegarek i szept słyszalny tylko tuż przy uchu. Tony wysokie i nizkie — niesłyszalne. Po stronie lewej przewodnictwo kostne skrócone. Chora słyszy ustawicznie szumw uchu lewem, który podczas nasileń rozlega się po całej głowie. Chód chwiejny. Obsłuchiwanie głowy wykazuje szmer śpiewny, rytmiczny, wzbierający współcześnie z falą tętna, często słyszalny na całej czaszce i na kości jarzmowej, a najczęściej i najsilniej na potylicy i na wyrostkach sutkowych. W czasie największego nasilenia można ten szmer słyszeć w odległości 2—3 metrów od głowy. Przy ucisku tętnic szyjnych szmer cichnie, a nawet znika zupełnie; wydech go wzmacnia. Dr. Sölder roztrząsał rozpoznanie tego przypadku i, obok objawów guza i szmeru, podniósł przewlekły przebieg, względnie dobry stan ogólny i wielorakość objawów ogniskowych, wskazującą na liczne umiejscowienia zmian chorobowych. Wskutek tego wykluczył zarówno guz silnie unaczyniony, jak i guz uciskający jedną z większych tętnic, położonych u podstawy mózgu. Obecność tętniaka tętnicy podstawowej, względnie kręgowej lewej, tłómaczy nam uszkodzenie nerwu twarzowego i słuchowego; prócz tego należy przypuścić, że skrzyżowania pasem nerwów wzrokowych, uciska obustronnie w kątach bocznych tętniak tętnicy szyjnej domózgowej, który powoduje „hemianopsia binasalis“. Jestto zresztą zwykłe umiejscowienie tętniaków, których mnogie występywanie nieraz już spostrzegano. Zwykłych czynników przyczynowych dla powstawania tętniaków, jak urazu, kiły, zapalenia śródsierdzia, zwyrodnienia miażdżycowego tętnic, wykazać nie było można. Uderza, że chora słyszy szmer przeważnie w uchu lewem, którego nerw nadwerężony i że szmer, wysłuchem stwierdzony, nie odpowiada opisowi podmiotowego wrażenia szmeru, podawanemu przez chorą, a które spowodowane jest uciskiem lewego nerwu słuchowego; szmeru tętniaka zaś chora wcale nie słyszy, okoliczność trudna do wytłómaczenia, ale już nieraz spostrzegana. (Streszczenie własne).

3) Prof. Krafft-Ebing: Wygłosił rzecz: „O ecmnesyi“. Prelegent przypomniał doświadczenia hipnotyczne, wykonane w tem samem gronie, w roku 1893, nad wmówionem przeniesieniem w okres życia o kilka lub kilkanaście lat wcześniejszy; wtedy te doświadczenia różnie oceniono, a niektórzy uczeni nazwali je nawet wprost szalbierstwem, gdy tymczasem nie chodzi tu o nic innego, jak o sztuczne wywołanie odtworzenia (reprodukcyi) okresów życia, po większej części utajonych w dziedzinie świadomości. Po omówieniu przypadków dotąd ogłoszonych, w których stan podobny wystąpił dobrowolnie, mówca przedstawia chorą 21-letnią, dziedzicznie obciążoną, która w roku 1893 dostała, po wielkich wzruszeniach, napadów letargu z następowem bredzeniem. Przy badaniu spostrzeżono u niej znamiona histeryi. Po hipnozie, stosowanej w celach leczniczych, wystąpił u chorej przemijający stan psychopatyczny, podczas którego chora sądziła, że jest w 10 roku życia, zresztą jednak była przy pełnej samowiedzy. Wszystko, co się wydarzyło po 10 roku, poszło w niepamięć; natomiast przypominała sobie chora bardzo dokładnie zdarzenia z pierwszego okresu życia swego, tak, że pamięć chorej dla tego okresu zdawała się podniecona lub zaostrzoną. Takie stany „ecmnesyi“ przyłączały się często do letargu, lub powstawały po uśpieniu hipnotycznem; nie trudno też było, przy pomocy wmówienia, stan ten zupełnie usunąć. Od kilku miesięcy, znowu po silnych wzruszeniach, chora miewa co kilka dni napady histeryczne; z tego powodu prosiła o powtórne przyjęcie do kliniki. Dobrowolnie „ecmnesya“ już nie wystąpiła, ale można ją z łatwością wywołać przez wmówienie w stanie hipnotycznym, co też mówca pod koniec wykładu uczynił. (Podobne doświadczenia robił także Prof. Cybulski w Krakowie, w roku 1894). (*Sprawozdanie oryginalne*). *Dr Halban.*

† Dr. Stanisław Paszkowski.

Dnia 7. b. m. zakończył życie w Krakowie Dr. Stanisław Paszkowski, b. asystent U. J., b. prymaryusz szpitala św. Łazarza, b. prezes Tow. lek. krak. i b. radca miejski, i t. d., lekarz wielkiej wziętości i szerokiej wiedzy zawodowej, człowiek nieposzlakowanego charakteru i wielkiego serca.

Zmarły przyszedł na świat w r. 1845; szkoły gimnazyalne, a następnie Wydział lekarski ukończył w Krakowie. Po śmierci prof. Gilewskiego, kiedy kierownictwo krakowskiej Kliniki chorób wewnętrznych powierzonem było śp. prof. Antoniemu Rosnerowi, śp. Paszkowski sprawował obowiązki asystenta; stanowisko to zatrzymał i nadal, po zamianowaniu, w r. 1875, Dra E. Korczyńskiego profesorem i dyrektorem Kliniki chorób wewnętrznych. W roku 1879 otrzymał posadę prymaryusza oddziału chorób wewnętrzn. w Szpitalu św. Łazarza i pełnił te obowiązki do m. marca 1897 r., t. j. do chwili, w której rozwijająca się choroba uniemożebniła cielesnie i umysłowo pracę, obciążoną tak wielką odpowiedzialnością.

Na każdym kroku swej lekarskiej działalności, czy to przy łożu chorego, czy w rozprawach na posiedzeniach Towarzystwa lek., składał śp. Paszkowski dowody swej głębokiej wiedzy i gorącego zamiłowania do nauki, do pióra jednak był nieochoczy, co sam przyznawał; znaną nam jest tylko jedna jego rozprawa, napisana w r. 1875, w czasach asystentury, p. t.: „Kilka uwag o apomorfinie, ze szczególnem uwzględnieniem działania fizyologicznego“.

Jako lekarz, był śp. Paszkowski praktykiem, a zwłaszcza dyagnostą, w najwyższem rozumieniu tego wyrazu: gdy szło o rozpoznanie choroby, wytężał umysł, tracił czas na dociekaniu, zgłębiał pomocniczemi drogami zawiły przypadek, aż dotarł do prawdy; to też rozpoznanie jego wielce było cenione przez ogół lekarzy krakowskich. Co do leczenia, to posługiwał się lekami nader prostymi i w b. małych dawkach.

Jako człowiek, zmarły był charakteru nieskazitelnego, a cechą wybitną jego osoby była odwaga w wypowiadaniu przekonań. Sp. Paszkowski nietylko nie zlewał się z szarym i niewyraźnym tłumem, ale przeciwnie, we wszystkiem, co się odnosi do wielkich zagadnień, zwłaszcza własnego społeczeństwa, był człowiekiem samoistnych, wzniosłych zasad, których szczerość i bezinteresowne wyznawanie jednały mu serca ludzkie. Już to wyznać należy, że szlachetne to życie, jeśli miało jaką nagrodę na ziemi, to nią był szacunek ogólny i powszechna miłość ludzka.

Ogół lekarzy krakowskich przebolał już wiele strat i różnej miary; żadna jednak może nie wywołała tak boleśnego udręczenia, takiego ścieśnienia serca, jak ta ostatnia, kiedy przekonał się, że ten umysł świetny, żywy, bystry, który tak świetnie wyróżniał śp. P., zachodzi mgłą, że duch ten męzki i prawy łamie rozpoczynająca się ciężka choroba i że, zanim wstąpi w wieczne cienie, czeka go beznadziejna, może kilkoletnia, bezcelowa, bo nieświadoma walka ze śmiercią na tej ziemi, którą tak gorąco miłował.

Po dwóch latach pasowania się z chorobą zeszedł z tego świata, pozostawiając nam do naśladowania wzór zawodowej sumienności, tkliwego koleżeństwa, niezłomności ducha, i wzniosłości serca.

Dr. Kwaśnicki.

VIII. KORESPONDENCYE

Z Poznania.

(Zjazd lekarzy i przyrodników w Poznaniu. Z wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego. Komitet redakcyjny „Nowin lekarskich").

Przyszły Zjazd lekarzy i przyrodników, mający się odbyć w m. lipcu b. r. w Poznaniu, jest ósmym zjazdem, urządzonym wogóle przez lekarzy i przyrodników polskich, a drugim w Poznaniu. Z poprzednich zjazdów trzy odbyły się w Krakowie, trzy we Lwowie i jeden w Poznaniu, w r. 1884. Już siódmy zjazd, w r. 1894., miał mieć miejsce w Poznaniu; ze względu jednak na odbywającą się w roku tym wystawę we Lwowie postanowiono, na wniosek kolegów lwowskich, porządek zmienić i zjazd urządzić we Lwowie. Na drugiem ogólnem posiedzeniu tego zjazdu wybrano jednogłośnie Poznań, na miejsce ósmego zjazdu w r. 1897. Gospodarzami Zjazdu mianowano prof. Dr. Wicherkiewicza i Dr. Fr. Chłapowskiego; w miejsce pierwszego wstąpił później Dr. H. Święcicki. Na jednem z zebrań, zwołanych w początku roku 1896., wybraną została komisya, mająca zająć się urządzeniem Zjazdu. Pierwszem zadaniem komisyi tej było wypośrodkowanie, czy pomimo przypadającego w r. 1897. międzynarodowego zjazdu w Moskwie, należy urządzać w tymże roku zjazd w Poznaniu, lub też go odłożyć? Po bliższem porozumieniu się, mianowicie z kolegami zakordonowymi, postanowiono Zjazd w Poznaniu odłożyć na rok 1898. Komisya, składająca się pierwotnie z siedmiu członków, przybrała z czasem coraz więcej nowych i zawiązała się w komitet przygotowawczy, w skład którego wchodzi obecnie kilkudziesięciu członków, tak lekarzy i przyrodników z Poznania i z prowincyi, jak i innych obywateli miejskich i wiejskich. Między ostatnimi widzimy księcia Zdzisława Czartoryskiego, hr. Mieczysława Kwileckiego, Dr. Adama Żółtowskiego, hr. Engeströma, księdza szambelana Wawrzyniaka, szambelana Cegielskiego, Dr. Kusztelana, Dr. Celichowskiego, Dr. Łebińskiego, Dr. Kanteckiego, Dr Ersepkiego i innych. Na prezesa komitetu wybrano pierwotnie Dr. Fr. Chłapowskiego; gdy ten jednakowoż urząd złożył, z powodu iż termin zjazdu zmieniono tak, że w czasie zjazdu nie mógł by być obecnym w Poznaniu, mianowano prezesem Dr. H. Święcickiego. Urząd sekretarza jeneralnego sprawuje Dr. A. Jaruntowski. Komitet przygotowawczy, odbywający od początku roku 1897. co miesiąc ogólne posiedzenie, podzielił się na trzy sekcye: gospodarczą, wydawniczą i wystawową, z których każda, w poszczególnych zebraniach, opracowuje przypadający jej dział. Najważniejszą sprawą, wymagającą kilkakrotnego omówienia, było ustanowienie bliższego terminu zjazdu. Pierwotnie postanowiono urządzić zjazd podczas Zielonych Świąt, to jest w ostatnich dniach maja i pierwszych czerwca. Gdy jednakże tak z Galicyi, jak przedewszystkiem z Królestwa, dały się słyszeć głosy kompetentne, uważające termin ten za niedogodny dla tamtejszych lekarzy, przełożono zjazd na pierwsze dnie (4-go 6-go) lipca; później gdy się dowiedziano, że profesorowie krakowscy i lwowscy, dopiero 10 go lipca wykłady swe kończą, wyznaczono na zjazd dnie 12 do 14-go lipca b. r. Po ogłoszeniu uchwały tej dały się znowu słyszeć głosy, przeciwne terminowi w lipcu; komitet przygotowawczy jednakże, uwzględniwszy poprzednio wszelkie życzenia, jakie tylko uwzględnione być mogły, postanowił od terminu w lipcu nie odstępować. Toć ostatnie dwa zjazdy odbyły się również w lipcu, w Krakowie od 17-go do 21-go lipca r. 1891., we Lwowie od 23-go do 26 go lipca r. 1894., i oba zjazdy te udały się bardzo dobrze. Prócz tego musiał komitet, przy ustanowieniu terminu zjazdu, mieć także na względzie i lokalne stosunki poznańskie. Urządzaniem zjazdu w Poznaniu zajmują się nie tylko lekarze i przyrodnicy tutejsi, lecz także i inni obywatele; w zjeździe zaś samym weźmie udział, tak, jak to miało miejsce w r. 1884., nieomal cała inteligencya Poznania i Księstwa. W pierwszej połowie lipca jest Poznań, że tak powiem, jeszcze w komplecie, później opróżnia się miasto znacznie; większa część inteligencyi wyjeżdża, bądź to do wód, bądź też na wieś, i to jedni już w lipcu, drudzy w sierpniu lub później tak, że podczas miesięcy letnich miasto mniej lub więcej świeci pustkami. Ażeby więc, o ile się to da, całemu tutejszemu społeczeństwu umożliwić udział w zjeździe, co też do uświetnienia zjazdu jest rzeczą niezbędną, wyznaczył komitet termin ostateczny zjazdu w pierwszej połowie lipca.

Co się tyczy strony naukowej, to wydział lekarski postanowił na razie urządzić pięć głównych sekcyj: dla medycyny teoretycznej, wewnętrznej, chirurgii, ginekologii, i okulistyki; wydział zaś przyrodniczy dwie sekcye: dla nauk przyrodniczych ścisłych i opisowych, wybierając jednocześnie odpowiednich gospodarzy i sekretarzy. Dwie odezwy, ogłoszone roku przeszłego przez zarząd komitetu, oraz odezwa ze strony sekcyi wystawowej, przyczyniły się do tego, że już teraz nadchodzą dość liczne zapytania co do Zjazdu i zgłoszenia z odczytami. I tak prof. Kostanecki z Krakowa przyrzekł mówić na temat: „O znaczeniu eksperymentu biologicznego dla morfologii"; prof. Rydygier podał cztery tematy: 1) O leczeniu przerostu gruczołu krokowego; 2) Wskazania do uretrotomii wewnętrznej i zewnętrznej; 3) O nowotworach pęcherza z demonstracyą; 4) Jeszcze kilka słów o tak zwanej *coxa vera*. Dalej zgłosili się z odczytami: Dr. Sędziak z Warszawy: 1) Uwagi w sprawie operacyjnego leczenia raków krtani; 2) Obecny stan nauki o nerwicach zwrotnych pochodzenia nosowego, gardlanego, oraz usznego; 3) O łagodnych guzach w jamie ustnej i gardzieli. Dr. Fabian z Warszawy: „Chemia i medycyna, ich stosunek wzajemny w obecnej dobie". Dr. Arnstein z Kutna-Ciechocinka: 1) O wpływie zmiany miejscowości na przebieg krzuśca i o znaczeniu leczniczem tego środka; 2) 60 przypadków rwy kulszowej (ischias), leczonych w Ciechocinku. Dr. A. Jaruntowski z Poznania: „Pogląd na obecny stan zwalczania gruźlicy płuc". Dr. Józef Ziemba z Władykaukazu: 1) Płody kopalne Kaukazu; 2) Wprowadzenie zasad geologii do średnich zakładów naukowych. Dr. A. Wróblewski z Krakowa zastrzegł sobie trzy tematy. Kilku wybitniejszych lekarzy Warszawskich przyrzekło także przybyć z odczytami, bez podania jeszcze bliższych tematów. W końcu mamy też pewne dane, że prof. Natanson z Krakowa zechce wygłosić odczyt na jednem z posiedzeń ogólnych.

Przyszły zjazd w Poznaniu ma więc wszelkie widoki powodzenia, o co tak komitet przygotowawczy jak i większa część tutejszych lekarzy i przyrodników najusilniej się stara.

Na walnem zebraniu wydziału lekarskiego pozn. Tow. Przyj. Nauk w dniu 18-go Grudnia r. przeszłego, na którem współudział kolegów, tak miejscowych jak i zamiejscowych, był liczniejszym niż zazwyczaj, przedstawił kol. Drobnik przypadek repozycyi wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego, oraz 14-letnią dziewczynkę, cierpiącą na *coxitis tuberculosa*, u której wykonano wyjęcie stawu biodrowego; przy tej sposobności omawiał D. różne metody leczenia, polecone w nowszych czasach, krwawe i bezkrwawe, stwierdzając, że kiedy w lżejszych przypadkach bezwarunkowo konserwatywne leczenie jest wskazanem, to w cięższych nieraz to nie wystarcza. Przy resekcyi, jeżeli mamy do czynienia tylko z zajęciem panewki *(coxitis iliaca)* stosuje D. wymyśloną przez siebie po próbach *in cadavere*, metodę, w której wycina główkę uda, nie nadwerężając żadnego ważniejszego mięśnia, przy czem nie pozbawia kończyny funkcyi po wyleczeniu. Kolega Radojewski z Janówca odczytał historyę choroby, dotyczącą przypadku rozszerzenia żyły podstawowej *(vena basilaris)*, spostrzeganie kliniczne i wynik autopsii mózgu pośmiertnej. Na zwyczajnem posiedzeniu wydziału, dnia 7-go stycznia r. b., wygłosił kol. Za-

krzewski odczyt na temat: „O przewlekłem zaparciu stolca“. Odczyt ten będzie ogłoszonym w „Nowinach lekarskich“.

Od Nowego 1898. r. objął całe wydawnictwo, to jest nakład, administracyę i ekspedycyę „Nowin lekarskich“ komitet redakcyjny, składający się nietylko z dotychczasowych członków: Drów Fr. Chłapowskiego, Koehlera, Święcickiego z Poznania, Dr. Szumana z Torunia i prof. Dr. Wicherkiewicza z Krakowa, ale i z trzech kooptowanych, a mianowicie Drów Tomasza Drobnika, Artura Jaruntowskiego i Jana Panieńskiego. Urząd przewodniczącego objął, w miejsce ustępującego dla braku czasu Dr. H. Święcickiego, Dr. Fr. Chłapowski (ul. Wiktoryi, 27); urząd sekretarza Dr. J. Panieński; biuro administracyi i ekspedycyi znajdować się będzie u Dr. T. Drobnika (św. Marcin 74).

W styczniu. *Prus.*

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

—

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

Protokół posiedzenia pełnej Izby lekarskiej w Krakowie w d. 18 grudnia 1897 r.

Obecni: Przewodniczący Prezydent Dr. Łazarski.

Członkowie: Drowie Dietzius, Gedl, Jabłoński Stanisław, Kijas, Obaliński, Ponikło, Świątek, Trzebicky, Wain, Walczyński.

1) Odczytano, przyjęto i podpisano protokół posiedzenia z d. 22 maja 1897.

2) Prezydent streszcza sprawy załatwione przez Wydział Izby w r. 1897. Sprawozdanie to Izba bez dyskusyi przyjęła do wiadomości.

3) Następnie Prezydent zdaje sprawę z czynności Rady honorowej w r. 1897 w myśl uchwały Izby z d. 22 maja 1897. — Przyjęto do wiadomości.

4) Prezydent zdaje szczegółowe sprawozdanie z przebiegu obrad III wiecu Izb lekarskich, odbytego w Gracu, i zapadłych na nim uchwał w d. 3 października 1897.

W dyskusyi:

Dr. Jabłoński wykazuje, że kraj nasz jest w odmiennych warunkach, niż inne kraje koronne; że wojska u nas jest bardzo dużo, a tem samem i więcej lekarzy wojskowych, którzy w niektórych miejscowościach całą lepszą praktykę zajmują; do narad zaś prawie nigdy lekarzy cywilnych nie wzywają, mając to sobie za ubliżenie; często, co do praktyki, zachodzą w kolizyę z lekarzami cywilnymi, a że nie należą do Izby lekarskiej, przeto i złemu zaradzić nie można. Dlatego stawia wniosek, zmierzający do wystąpienia całą siłą, aby lekarze wojskowi należeli do Izby lekarskiej, a przynajmniej o tyle, o ile zajmują się praktyką i aby taksy na rzecz Izby uiszczali.

Dr. Trzebicky zwraca uwagę, że jakkolwiek wywody Dra Jabłońskiego w zasadzie są słuszne, to jednak ministerstwo nigdy się nie zgodzi, aby lekarze wojskowi należeli do Izby lekarskiej, a to choćby li tylko dlatego, że mają swoją osobną Radę honorową.

Dr. Dietzius podnosi, że w Jarosławiu, na 11 lekarzy cywilnych, jest 18 wojskowych i że wszyscy praktykę wykonują; wniosku Dra Jabłońskiego jednak nie popiera, bo jest zupełnie tego samego zdania co Dr. Trzebicky i dlatego wnosi o przejście do porządku dziennego nad tą sprawą.

Dr. Ponikło widzi wielkie trudności w przeprowadzeniu wciągnięcia lekarzy wojskowych do Izby lekarskiej; jednak sądzi, że powinienby się znaleźć odpowiedni sposób wprowadzenia lekarzy wojskowych, praktykujących w związek Izby. Nie widzi też w tem nic nieprawidłowego, aby ewentualne sprawy, odnoszące się do lekarzy wojskowych praktykujących, a podpadające pod kompetencyę Rady honorowej, były przez Izbę rozpatrywane, a władzom wojskowym odstępowane do dalszego traktowania.

Dr. Obaliński sądzi, że jest niemożliwe, aby lekarze wojskowi należeli do Izby, ale radzi porozumieć się z Izbą lwowską, celem zestawienia wielu lekarzy wojskowych praktykuje w Galicyi, a następnie wnieść do odpowiedniej władzy wojskowej pismo z prośbą o pouczenie, w jaki sposób sprawa należenia do Izby lekarzy wojskowych mogłaby być załatwioną.

Dr. Gedl nie rozwodzi się nad potrzebą i koniecznością należenia lekarzy wojskowych do Izby; nie zgadza się jednak, aby lekarze wojskowi płacili wkładkę na rzecz Izby bez pełnych praw, bo to tylko wobec Ministerstwa Izbę lekarską w złem świetle by przedstawiło.

Dr. Jabłoński, po wyjaśnieniu Dra Trzebickyego, modyfikuje swój wniosek w ten sposób, aby Izba uchwaliła w zasadzie, że lekarze wojskowi powinni należeć do Izby, zaś co do spraw spornych między lekarzami cywil. a wojskowymi należy się zapytać Władz wojskowych, jak mamy postępować.

Dr. Walczyński nie zgadza się, aby lekarze wojskowi płacili wkładki bez pełnych praw, innym Członkom przysługujących; zaś co do wnoszenia jakich pism do Władz wojskowych, to jest przekonany, że te żadnego skutku nie przyniosą.

Dr. Trzebicky przyłącza się do zdania Dra Walczyńskiego i wnosi, aby sprawę tę zaniechać.

Prezes również jest zdania powyższego i dlatego wnosi o przyłączenie się do uchwały wiecu Izb.

Dr. Obaliński, ponawia swój wniosek udania się do odnośnych władz wojskowych, aby nas pouczyły, w jaki sposób możnaby zaradzić poprawie stosunków między lekarzami cywilnymi a wojskowymi.

Dr. Dietzius odradza stanowczo wnoszenia jakichkolwiek pism do Władz wojskowych, bo te zostaną bez skutku. Wyjaśnia zaś, że jeżeli w sprawie jakiej, z praktyki wypływającej, ma coś lekarz cywilny przeciw lekarzowi wojskowemu, to wystarczy proste jego o fakcie doniesienie do Władzy wojskowej, a ta da mu zupełną satysfakcyę, jak to już mógł sam na sobie sprawdzić.

Dr. Obaliński, z tego co Dr. Dietzius powiedział, dochodzi do przekonania, że możemy mieć satysfakcyę z lekarzami wojskowymi, gdyż Izba w razie danym może sprawę rozpatrzyć, a jeżeli uzna za stosowne, odstąpi ją Radzie honorowej wojskowej.

Dr. Walczyński radzi, aby ogłosić, że jeżeli który z kolegów ma coś przeciw lekarzowi wojskowemu, to ma się udać do Izby, a ta dopiero wystąpi w jego imieniu.

Dr. Trzebicky sprzeciwia się powyższemu wnioskowi, uważając go za prowokacyę.

Gdy do głosu więcej się nikt nie zapisał, uchwaliła Izba jednogłośnie wniosek Dr. Dietziusa, aby przejść do porządku dziennego nad tą sprawą i wyraża podziękowanie Prezydentowi, jako Delegatowi na wiec, zatwierdzając równocześnie uchwały, jakie zapadły na wiecu Izby lekarskiej w Gracu.

5) Wniosek Wydziału w sprawie zwołania wiecu ogólnego lekarzy, należących do zachodnio-galicyjskiej Izby lekarskiej.

Prezydent wyjaśnia, że zwołanie wiecu może tylko nastąpić na podstawie uchwały Izby, a wobec coraz częściej tak prywatnie, jak i w dziennikach okazywanych życzeń zwołania wiecu, nie widzi przeszkody i poddaje sprawę pod dyskusyę.

Dr. Ponikło popiera gorąco zwołanie wiecu, usprawiedliwiając to żądaniem wielu lekarzy, szczególniej młodszych. Sądzi, że zwołanie wiecu nic nie zaszkodzi, a da sposobność każdemu wyjawienia swych życzeń i usprawiedliwionych zażaleń.

Dr. Jabłoński sądzi, że wiec taki nic dodatniego nie przyniesie, że przyjadą tylko tacy, co jako tako się mają, a ci wiecu nie żądają, tudzież lekarze biedniejsi, co

mają poczucie dla obowiązków stanu; ci będą tylko rozczarowani, że pieniądze niepotrzebnie wydali, dlatego jest przeciwny zwołaniu wiecu.

Dr. Obaliński proponuje, zamiast zwołania wiecu ogólnego, aby ci Panowie, co reprezentują swoich wyborców w Izbie, każdy w swoim okręgu wyborczym zwołał zgromadzenie, omówił sprawy, a następnie żądania swych wyborców Izbie przedstawił.

Dr. Gedl jest również zdania, że zwołanie wiecu nie przyniesie żadnego dodatniego wyniku, jednak jeżeli Izba wiecu nie zwoła, to przez to narazi się tylko na jeszcze większe, jak dotąd, szemrania na bezczynność i dlatego jest za zwołaniem wiecu.

Dr. Jabłoński i Obaliński odstępują od swych wniosków.

Dr. Ponikło ponownie przemawia za zwołaniem wiecu, dodając, że Prezes wtenczas wyjaśni, co Izba zrobiła a co władze odpowiedziały; to zrobi dobre wrażenie i Izba uniknie szemrań.

Dr. Wain i Dietzius są również za zwołaniem wiecu.

Gdy nikt więcej do głosu się nie zapisał, Izba uchwaliła jednogłośnie zwołanie wiecu, zaś co do oznaczenia czasu, to pozostawia decyzyę Wydziałowi Izby.

6) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie kasowe za r. 1897 i wybrano do sprawdzenia rachunków komisyę z Dr. Dietziusa i Jabłońskiego.

7) Przyjęto na rok 1898 budżet z przychodem w kwocie 2636 złr., rozchodem w kwocie 1250 złr. i uchwalono tytułem wkładki na rzecz Izby, na 1898 rok, 6 złr. a to: na potrzeby Izby 4 złr., zaś na fundusz wsparcia doraźnego 2 złr.

8) Wniosek Wydziału udzielenia renumeracyi urzędnikowi Izby. Udzielono kwotę 50 złr.

Na tem zakończono i podpisano:

Łazarski.

Jeszcze w sprawie lekarzy okręgowych.

Artykuł Dra Stelli-Sawickiego, o lekarzach okręgowych, osiągnął cel, przez autora pożądany, wywołał bowiem obszerną dyskusyę. Jako odpowiedź pojawiło się w Nrze 3. „Przeglądu lek.“ bezstronne i rzeczowe przedstawienie sprawy ze strony nader poważnej i kompetentnej, oceniające młodą instytucyę nie ze stanowiska pomysłów teoretycznych, lecz z własnego doświadczenia i spostrzegania; przedstawienie to nie przemilczało braków, lecz równocześnie nie zamknęło oczów na istotny cel instytucyi, jakim jest i pozostanie na zawsze: ułatwienie niesienia pomocy lekarskiej tam, gdzie jej dotychczas nie było. „To jest jasnem — czytamy tam — że ustawa chce mieć w instytucyi lekarzy gminnych i okręgowych przedewszystkiem organa do leczenia chorych“. To sformułowanie zwięzłe, lecz dobitne, zadań i obowiązków, którym przeważna i to bardzo przeważna liczba lekarzy okręgowych sumiennie i zaszczytnie zadośćczyni, przyczynić się musiało niezawodnie do usunięcia zaniepokojenia umysłów, wywołanego artykułem Dra Sawickiego, i to tak wśród szerszych sfer społeczeństwa, dla których przecież, bądź co bądź, wielki wydatek, ponoszony przez kraj na tę instytucyę, nie może być obojętny, jak i wśród samych lekarzy okręgowych, z których jeden w sposób pełen goryczy, lecz niepozbawiony prawdy, określił stosunek lekarzy okręgowych do ciemnego ludu. Ironiczna uwaga Dra St. Sawickiego o nagromadzeniu wielkiej ilości obowiązków na barki lekarzy okręgowych, znalazła swą odpowiedź; niech mi jednak pozwoli Szanowna Redakcya przeprowadzić raz jeszcze czytelników Szanownego pisma przez ten długi szereg obowiązków i zadań lekarzy okręgowych, a może wędrówkę tę wynagrodzi wynalezienie rzeczy, wprawdzie nie nowej i już podniesionej, lecz według mego zdania nie w właściwem przedstawionej świetle. Oto wśród tego zbioru obowiązków lśni prawdziwy brylant, którego blask opromienia całą instytucyę, czyniąc z niej jasną posłanniczkę miłości bliźniego i poświęcenia. Tym brylantem jest obowiązek spieszenia chorym ubogim z pomocą i radą; tym jasnym promieniem, otaczającym instytucyę lekarzy okręgowych, aureolą kapłańskiego i apostolstwa, to misya ich spieszenia wśród te ciemne i biedne zastępy z ojcowskiem słowem pociechy i rady. Temu czarnemu od pracy i wiecznie zmęczonemu ciału, potrzeba w chorobie pomocy; więc gdy pieniędzy na sprowadzenie „w mieście“ mieszkającego pana doktora niema, gdy środki domowe, udzielone przez księdza proboszcza nie pomogły, cóż mu pozostaje, jak nie jakaś pomoc nadprzyrodzona, zwłaszcza gdy ta i jego pojęciom i, co ważniejsza, jego kieszeni najwięcej odpowiada? I oto w jaki sposób tworzą się warunki bytu znachorów i wróżbitów. Lecz gdy do tego niedowierzającego, podejrzliwego a chorego kmiecia zbliży się lekarz z dobrem słowem, gdy usunięciem chociaż jednej dolegliwości pozyska jego zaufanie, a do tego osiągnie jeszcze i wynik pomyślny leczenia, wówczas nic nie zdoła zachwiać wiary, jakiej nabierze chory ten do lekarza.

Dr. Ferensiewicz podniósł brak zrozumienia potrzeby poprawy stosunków sanitarnych u większej części naszego społeczeństwa, a zwłaszcza u naszego ludu. Tak — to prawda — lecz czegoż można wymagać od tego ciemnego ludu, gdy nasza „inteligencya“ lekceważy kardynalne zasady higieny?

Na wszystko zawsze znachodzi się dosyć pieniędzy, tak w Radzie państwa, jak w Sejmie i Radach powiatowych, niema ich tylko na to, co stanowi podstawę szczęścia społeczeństwa i jednostek, niema ich na poprawienie warunków zdrowotnych. Ufajmy, że instytucya lekarzy okręgowych spełni nadzieje, położone w niej przez kraj i ludzi, którzy ją stworzyli; ufajmy, że lekarze okręgowi nie będą zapatrywać się na swoje posady, jako na „premie za osiedlenie się w powiecie“, lecz że staną się w tych odległych i zapadłych kątach prawdziwymi pionierami postępu i wiedzy; ufajmy, że z dotarciem jasnych promieni oświaty pod słomiane strzechy, do tych nizkich i kurnych chat, zrodzą się w sercach ich mieszkańców zaufanie i wdzięczność do ludzi, którzy postawili sobie za zadanie nieść pomoc moralną i fizyczną najbiedniejszym i najbardziej zaniedbanym warstwom społeczeństwa. Jakkolwiek byłoby rzeczą zbędną dowodzić każdemu uczciwemu człowiekowi, iż obowiązek jest rzeczą świętą, a jego spełnianie tylko naturalnym wynikiem przyjęcia go na siebie, to jednak o ileż więcej godnem uznania drugich, a droższem dla siebie samego staje się to spełnianie, gdy je opromienia aureola szczytnej idei, w której blasku i cieple często topnieją widoki korzyści osobistych, by ustąpić miejsca celom i zadaniom wyższym i świętym. Więc jakkolwiek, wskutek często niezrozumiałej niechęci naszych władz, przeprowadzanie ustaw sanitarno-policyjnych, przez lekarzy okręgowych, napotyka na wielkie przeszkody i wydatności ich na tem polu wcale zaznaczyć nie można, mimo to instytucya lekarzy okręgowych nie traci nic na swej wartości, ani użyteczności dla kraju, dziś może jeszcze niewidocznej dla wszystkich, przypatrujących się z daleka. Że jednak chęci lekarzy okręg. i w kierunku pracowania nad podniesieniem stosunków zdrowotnych nie są małe, czemu zresztą nawet Pan Dr. St. Sawicki nie przeczy, to ja z czystem sumieniem stwierdzić mogę. Z jaką jednak odpowiedzią spotykają się te dobre chęci, niech mi wolno będzie uzmysłowić jednym małym, lecz wiele mówiącym, przykładem. Oto w celu przedstawienia braków sanitarnych w pojedyńczych gminach swego okręgu, spostrzeżonych podczas obowiązkowego ich objazdu, wypracował pewien lekarz okręgowy sprawozdania w ten sposób, iż w jednym z nich omawiał braki sanitarne w gminie *A*, mówiąc o potrzebie zastósowania przepisów higieny w szkole, o zamknięciu przepełnionego cmentarza, o nieporządkach w karczmach i t. p.; w sprawozdaniu drugiem mówił o podobnych usterkach sanitarnych w gminie *B* i t. d. Po pewnym czasie starostwo zwróciło mu pojedyncze te sprawozdania z uwagą, iż na każdą sprawę w gminie *A* i *B* itd.

potrzeba przedłożyć osobny referat, gdyż to, co zrobił lekarz okręgowy, jest kumulowaniem spraw. Stosując się do tej zasady, trzeba pisać o gminie *A* kilka referatów, z których jeden omawia sprawę walącego się pieca w szkole, drugi, osobny — sprawę nieczystych naczyń, używanych w karczmach i t. p.; tak samo o gminie *B*, *C* i t. d. Nie wiem jak się nazywa takie załatwianie wniosków, zdążających do poprawy stosunków zdrowotnych w gminach; ale w każdym razie nie można tego nazwać ułatwianiem zadania lekarzy okręgowych w tym kierunku. Nie dość na tem, po sporządzeniu wszystkich referatów może lekarz okręg. przy najbliższym objeździe gmin sprawdzić, iż ani jednego jego wniosku nie uwzględniono. Takie postępowanie władz nie może chyba zachęcać lekarzy okręg. do pracy nad poprawą stosunków sanitarnych, ani też nie może im przyczynić treści do przedstawienia w sprawozdaniu rocznem, wymaganem przez Wydział krajowy, jakie ulepszenia w ciągu roku przeprowadzono w gminach na wniosek lekarza okręgowego.

Kończąc tych kilka uwag o instytucyi lekarzy okręgowych, niech mi wolno będzie wyrazić nadzieję, że wniosek posła Dra Jaklińskiego, omawiający potrzebę zakładania mniejszych szpitali w kraju, spotka się z należytem poparciem i właściwą oceną w Wysokim Sejmie i w tym duchu zostanie zrozumiany i wykonany, iż założenie tych szpitali nastąpi w miejscach siedzib lekarzy okręgowych, którzy — jak to już WP. radca Dr. Merunowicz zaznaczył — wówczas dopiero istotne społeczeństwu oddadzą usługi.

Dr. Tadeusz Zieliński,
lekarz okręgowy.

Otrzymaliśmy od kol. Ciechanowskiego z Paryża list następujący:

Sekcya prasowa na zjeździe poznańskim.

Jedna kilkogodzinna tylko narada przedstawicieli wszystkich naszych zawodowych czasopism dałaby się przy sposobności tegorocznego Zjazdu w Poznaniu z łatwością zarządzić, a nie byłaby może bez korzyści zarówno dla naszego piśmiennictwa, jak i dla ogółu czytających. Jedną z najważniejszych spraw, któreby omówić należało, jest sprawa błędów językowych, mnożących się z dnia na dzień. Wartoby więc może zgodzić się przedewszystkiem na to, aby prawidłem w słownictwie zawodowem stało się najbliższe wydanie „Słownika lekarskiego", przygotowywane w Krakowie, aby nikt od wyrazownictwa, tam pomieszczonego, uchylać się nie miał prawa, a wszystkie prace przed ogłoszeniem poprawiano odpowiednio, według „Słownika". Oprócz tego jednak należałoby się porozumieć co do zasad, według których należy poprawiać błędy składni i budowy okresów, ponieważ zdarzają się obecnie, i to coraz częściej, usterki, sprzeczne z duchem języka, którym zapobiedz mogłoby tylko jednolite i stanowcze postępowanie kierowników naszych czasopism. Ustanowienie ogólnie obowiązujących praw w tym względzie uchroniłoby czasopisma nasze od zarzutu dowolności w prostowaniu błędów językowych, a nie byłoby trudne na zasadzie ogłoszonej przed kilkunastu laty rozprawy bł. p. prof. Oettingera.

Spory naukowe, toczące się niekiedy w naszej prasie między dwoma lub kilkoma piszącymi, nie zawsze są ściśle przedmiotowe, a czasem przybierają ze szkodą czasopism i czytelników zbyt wielkie rozmiary. Wobec tego nasuwa się myśl, czyby czasopisma nasze nie mogły, na podstawie wspólnych narad, zakreślić sporom tym raz na zawsze pewne stałe granice; trzebaby tylko zobowiązać się, że zaczepiony ma ostatnie słowo, i że jakichkolwiek zarzutów osobistych, w tego rodzaju pracach, cierpieć się nie będzie.

Rzeczą dość ważną prawdopodobnie byłoby nawiązanie ściślejszych stosunków między czasopismami. Zmierzać do tego możnaby kilku drogami. Naprzód zapomocą zmieniania się współpracowników; o ile spostrzec można, koło każdego czasopisma gromadzi się garść piszących, nie sprzeciwiająca się prawie nigdy sztandarowi, pod którym się skupiła. O ile dla czasopisma początkującego konieczną jest rzeczą zapewnić sobie stałe poparcie pewnej liczby piszących, o tyle dzisiaj, gdy wszystkie nasze pisma liczą po kilkanaście lat istnienia i podstawę tę oddawna zyskały, byłoby może dobrze stworzyć żywszą, niż dotąd wymianę prac. W ten sposób zyskaćby mogły w jednych czasopismach te działy, które dotychczas słabo się rozwinęły; w innych czasopismach zaś, które we wszystkich gałęziach nauki naszej mają zapewnione stałe poparcie, mogłyby myśli, wyniesione z innej szkoły, podziałać nieraz ożywczo i płodnie.

Z drugiej strony zdaje się pożądaną wymiana wiadomości o stosunkach lekarskich i ruchu zawodowym w różnych częściach naszych ziem. Od niedawna pomieszczają niektóre nasze pisma listy z różnych stron, odzwierciedlające mniej lub więcej wszystkie strony naszej działalności; możeby było nie od rzeczy zwyczaj ten rozpowszechnić i w ruch ten wciągnąć całą naszą prasę i wszystkie kąty kraju.

Wreszcie nie bez znaczenia byłoby może pomyśleć o stworzeniu zbiorowych sprawozdań ze zjazdów zawodowych za granicą, nakształt tych, które, w jednakowem brzmieniu, pomieszcza w większości czasopism niemieckich t. zw. „Freie Vereinigung der deutschen Fachpresse". W ten sposób miałyby wszystkie nasze czasopisma sprawozdania dokładne, kreślone w każdym dziale ręką zawodową, piórem znawcy, a co może najważniejsza, sprawozdania bezpośrednie, z pierwszej ręki. Obecnie bowiem nie zawsze da się to wykonać, a w wielu razach przeszkadza temu zbyt wielki koszt wysłania zawodowego sprawozdawcy, na który jednemu pismu trudno się zdobyć, a który możnaby łatwiej ponieść wspólnemi siłami.

Te sprawy, mogące zbliżyć nas wzajemnie, wymagają jednak koniecznie wspólnych narad i zgodnych postanowień.

Nieulega wątpliwości, że pisma lekarskie polskie liczą stosunkowo za mało czytelników. Pochodzi to prawdopodobnie stąd, że ci lekarze, których stać na jedno tylko czasopismo, przenoszą wydawnictwa niemieckie lub francuskie, bądź co bądź, tańsze i z pewnością nie gorsze. Wartoby więc może zastanowić się nad tem, czyby nie można skuteczniej, niż dotąd, walczyć z czasopismami zagranicznemi, o ile zabierają nam one część czytelników, zmuszonych ograniczyć się do jednego tylko pisma. Ze wspólnych narad łatwiej wyłonić się mogą jakieś wskazówki postępowania, a wspólnemi siłami więcej zdziałać będzie można, niż idąc samopas.

Ważniejszem jednak jeszcze, zdaje się, jest postarać się o to, aby wspólnemi siłami, systematycznem nawoływaniem i wytrwałem przypominaniem, wyrobić stałe poparcie dla wychodzących u nas miesięczników i kwartalników. Znaczą one u nas tyle, co za granicą poważne „Archiwy"; tamte jednakże liczą tysiące przedpłacicieli, gdy nasze wymagają znacznych ofiar pieniężnych ze strony wydających je kolegów lub towarzystw. Należałoby więc może zmierzać do zmiany tych, niezbyt dla nas pochlebnych, stosunków.

W ostatnich czasach pojawiać się u nas zaczynają nowe czasopisma, a prócz tego zapowiadają się jeszcze inne. Wobec tego, że sił roboczych u nas nie ma wiele i że je raczej skupiać, niż rozpraszać by należało, godzi się zastanowić, czyby nie powiodło się nakreślić w ogólnym zarysie drogi, jakaby dla zdrowego rozwoju naszej prasy była właściwą. Być może, że, za pomocą szczerych koleżeńskich narad, udałoby się zapobiedz powstawaniu takich czasopism, którym nie można rokować długiego bytu, lecz których samo stworzenie byłoby zmarnowaniem sił i środków, i naodwrót, ułatwić początek i rozwój tych czasopism, których istotnie potrzeba, lub które siłą rzeczy prędzej, później powstać muszą i powstaną.

Oprócz tych spraw znalazłoby się zapewne wiele innych, może i donioślejszych, a godnych tego, aby je wspólnemi siłami pchnąć naprzód. Narady sekcyi prasowej mogłyby iść raźno i wydać owoce, byle tylko wszystkie sprawy, obrane za przedmiot rozpraw, były naprzód odpowiednio opracowane, a stosowne wnioski z góry przygotowane i byle sekcya skła-

dała się z takiej liczby członków, któraby z jednej strony nie krępowała toku narad, z drugiej przedstawiała dostatecznie wszystkie pisma. Oprócz redaktorów, powinnyby zatem wszystkie grona redakcyjne wybrać z góry po jednym, najwyżej po dwóch wysłannikach, dając im całkowite pełnomocnictwo. Narady byłyby zresztą oczywiście publiczne; jednak pozwalając dobrowolnym słuchaczom nawet przemawiać, trzebaby prawo uchwalania zachować tylko dla wybranych przez grona redakcyjne wysłanników.

Przypuszczam, że pomysł stworzenia „sekcyi prasowej" na Zjeździe, nawet gdyby się nie przyjął i nie wszedł w życie, nie będzie bez pożytku, jeżeli zdoła wywołać jakieś rozprawy w naszej prasie.

Paryż w styczniu 1898.

Doc. Ciechanowski.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 10 Lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem uczczono pamięć ś. p. Stanisława Paszkowskiego; przyjęto przez jednomyślne głosowanie do Towarzystwa, w poczet członków czynnych Drów Maleszewskiego i Panka, — członków korespondentów — Dra Włodzimierza Sieminowicza z Chicago

Następnie 1) kol. Dr. Kędzior przedstawił trzech chorych z kliniki chorób wewnętrznych i dał krótki opis tych rzadszych przypadków; 2) Kol. Dr. Krokiewicz wyłożył rzecz: O odczynnikach na barwiki żółciowe w moczu.

* Delegatem Towarz. lekar. krak. na Międzynarodowy Kongres dla higieny i demografii, mający się odbyć w m. kwietniu w Madrycie, wybrany został kol. prof. Bujwid.

* VI. Zjazd c. k. lekarzy powiatowych rozpocznie obrady w sobotę, dnia 26-go lutego, o godzinie 10 tej przed południem, w lokalu Towarzystwa lekarzy gal. (ulica Blacharska Nr. 18, II p.), a w razie potrzeby obrady odbywać się będą także i w dniu następnym.

Ze strony biura sanitarnego c. k. Namiestnictwa będą wniesione do bliższego omówienia:

1) ustawa o badaniu środków spożywczych;
2) nowa instrukcya dla akuszerek;
3) sprawa drogueryj.

* Prezydyum Towarzystwa lekarskiego krakowskiego otrzymało od c. k. Namiestnictwa następującą odezwę:

„Dziewiąty, międzynarodowy kongres dla higieny i demografii odbędzie się pod patronatem Króla hiszpańskiego i Królowej Rejentki w Madrycie, w czasie od 10 do 17 kwietnia b. roku.

Program i statuta tego kongresu, oraz z nim połączonej wystawy, zostały umieszczone w pierwszym numerze dziesiątego rocznika czasopisma: „Das österreichische Sanitätswesen".

Królewsko-hiszpański Ambasador w imieniu swego Rządu zaprosił do oficyalnego wzięcia udziału w tym kongresie, o czem c. i k. Ministerstwo spraw zewnętrznych, odezwą z 20 listopada 1897, L. 53917 zawiadomiło c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych.

Wskutek reskryptu c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 14 stycznia 1898 roku, L. 37848 c. k. Namiestnictwo zawiadamia uprzejmie Szanowne Towarzystwo lekarskie krakowskie o tem, a wskazując na ważne cele i zadania takich kongresów, zaprasza do wysłania delegatów, względnie uczestników kongresu.

Nazwiska ewentualnie zamianowanych delegatów, względnie uczestników kongresu, zechce Szanowne Towarzystwo oznajmić c. k. Namiestnictwu w czasie do 15-go lutego b. r., a to w celu podania ich do wiadomości w drodze właściwej Wys. c. i k. Ministerstwu spraw zewnętrznych.

Lwów dnia 27 stycznia 1898.

Sanguszko m. p.

Dolina. Sekcya stryjska Towarzystwa lekar. galic. odbyła w dniu 30 stycznia w Stryjskim szpitalu powszechnym posiedzenie, na którem kol. Stahlberger okazał kilka ciekawych przypadków z zakresu chirurgii, a między innymi przedstawił dziewczynę kilkunastoletnią, cierpiącą od 2-ch lat na ropotok opłucnowy, u której zastosowano metodę torakoplastyczną Estlandera. Po zwiedzeniu szpitala, przystąpiono do wyborów: prezesem wybrano kol. Dr. Wursta z Kałusza, zastępcą kol. Dr. Stahlbergera ze Stryja, sekretarzem kol. Dr. Borysiewicza z Doliny, delegatem kol. Dr. Serkowskiego ze Stryja.

Po przyjęciu sprawozdania delegata, kol. Dr. Serkowskiego, z obrad Walnego Zgromadzenia, wywiązała się obszerniejsza dyskusya nad zdrojowiskiem Morszyńskiem. Uchwalono nadto odbywać częściej posiedzenia sekcyjne i to w różnych miejscowościach.

Dr. Borysiewicz,
sekretarz.

* Redakcya „Przeglądu chirurgicznego" w Warszawie hojnym darem uzupełniła roczniki swego czasopisma, znajdujące się w Bibliotece Towarzystwa lek. krak. Za dar ten składam przeto Szanownej Redakcyi „Przeglądu chirurgicznego" najserdeczniejsze podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* »*Wiener med. Woch.*« podaje następujące zestawienie, dowodzące zmniejszania się liczby słuchaczów na Wydziałach lekarskich Wszechnic austryackich:

	R. 1888	R. 1897
Wiedeń	2703	1527
Gradec	519	482
Insbruk	229	236
Praga: czeski Wydział lekarski	1008	586
» niemiecki Wydz. lekar.	594	314
Kraków	446	264
Razem	5499	3410

* W. Sejm nadał *veniam aetatis* prowizorycznym prymaryuszom szpitalnym: Dr. Sokołowskiemu Janowi w Zaleszczykach i Głaczyńskiemu Władysławowi w Kołomyi.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich na Uniw. Jagiellońskim otrzymał Alfred Fried.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Wiktor Kramarkiewicz, Radca zdrowia, nestor lekarzy poznańskich, zmarł w 82 r. życia.

Dr. Ludwik Schmidt zmarł w Warszawie, mając lat 77.

W Paryżu zakończył życie znakomity chirurg, prof. Juliusz Péan, urodzony w roku 1830.

Dr. Jan Erlich, wychowaniec warszawskiej Szkoły Głównej zmarł w Odesie, w wieku lat 54.

Dr. Konstanty Szwykowski, lat 69, zmarł w Bienicy, w powiecie oszmiańskim. Dr. Adam Stolarski w Józefowie nad Wisłą.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Zdrowiu" (Nr. 149): Dr. Polaka J.: O ulepszeniu statystyki śmiertelności. Dr. Buszka J.: Sprawozdanie zdrowotne uzupełniające za rok 1896. Dr. Polaka J.: Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych (c. d.). Higiena zecerów, drukarzy, preserów i lejarzy czcionek. W »Krytyce Lekarskiej« (Nr. 2); Kramsztyka Z.: Fakt kliniczny. Dr. Peszko J.: Wojciech Oczko jako chirurg. W „Medycynie" (Nr. 6): Leszczyńskiego L.: Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótkotrwałych? W „Gazecie Lekarskiej" (Nr. 6): Dr. Szadka K.: Patogeneza łuszczycy. Męczkowskiego W.: Kilka uwag o obecnym stanie nauki o tężcu, z powodu przypadku tej choroby, leczonego surowicą (ciąg dalszy).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Koehler K. Przyczynek do historyi trądu w W. ks. Poznańskiem.

— Tenże: Zur Geschichte des Aussatzes in der Provinz Posen. Poznań, 1897.

— Misiewicz M: Der heutige wissenschaftliche Standpunkt der Lehre vom Harnblasenkatarrh. Wiedeń, 1897.

— Dr. Galant J.: Jak długo człowiek żyć powinien? Sanok, 1897.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**